

FACULTÉ DE DROIT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

DU
ROLE DE L'ADMINISTRATION
EN MATIÈRE DE PROPHYLAXIE
DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES

~~~~~

THÈSE POUR LE DOCTORAT

*Présentée et soutenue le samedi 17 juin 1911, à 10 heures*

PAR

**Jean HUMBERT**

---

*Président : M. LARNAUDE, professeur*  
*Suffragants* { *MM. MARC SAUZET, professeur*  
                  { *POLITIS, agrégé*

---

PARIS  
**JOUBE & C<sup>ie</sup>, Editeurs**  
*15, rue Racine, 15*

---

1911



THÈSE  
POUR  
LE DOCTORAT

*La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*

FACULTÉ DE DROIT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

---

DU  
ROLE DE L'ADMINISTRATION

EN MATIÈRE DE PROPHYLAXIE  
DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES

~~~~~

THÈSE POUR LE DOCTORAT

Présentée et soutenue le samedi 17 juin 1911, à 10 heures

PAR

Jean HUMBERT



Président : M. LARNAUDE, professeur

Suffragants { MM. MARC SAUZET, professeur
POLITIS, agrégé

PARIS

JOUVE & C^{ie}, Editeurs

15, rue Racine, 15

1911

AU DOCTEUR E. MARCHANDÉ



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549921_0052

DU
ROLE DE L'ADMINISTRATION
EN MATIÈRE DE PROPHILAXIE
DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES

INTRODUCTION

A la faveur de découvertes récentes, une évolution s'est produite dans les mesures préventives à appliquer pour se défendre contre les maladies transmissibles ; le champ d'action de la politique sanitaire a été orienté dans un sens nettement prophylactique.

Il est apparu que les maladies qui occasionnent le plus de ravages : choléra, fièvre jaune, peste, variole, scarlatine, diphtérie, fièvre typhoïde, typhus, tuberculose... peuvent être évitées grâce à une organisation raisonnée de l'hygiène sociale, et ainsi, « en face de la médecine proprement dite, individuelle et curative, s'est constituée une médecine sociale, collective et préventive, qu'on pourrait appeler la science de la protection de la santé. » (1)

Pasteur a mis en lumière la genèse des affections

1. Décret portant règlement d'administration publique, du 3 juillet 1906.

qui se transmettent de l'individu à l'individu. Il a montré comment on pouvait les prévenir et les combattre. Ses découvertes en microbiologie et en bactériologie ont ouvert un champ immense à la prophylaxie. Et maintenant, les collectivités sont armées de façon certaine pour se défendre des épidémies, des affections contagieuses, pour en prévenir l'éclosion ou en circonscrire la marche.

Le point de vue de la préservation domine toute la défense sanitaire. De même que l'organisme humain, lorsqu'il est sain, résiste victorieusement à l'infection, de même, le pays dont le terrain est assaini reste réfractaire à la pénétration microbienne.

Contre les maladies pestilentiellles d'importation exotique, les ententes réalisées par les conférences internationales, les barrières dressées aux frontières sont sans doute efficace ; elles ne suffisent pas. Pour triompher de l'assaut, il faut lui opposer un sol aseptique, impénétrable aux germes, une population vigilante, pliée aux pratiques de l'hygiène.

La première tâche qui incombe à l'hygiéniste, c'est après avoir assuré l'enseignement sanitaire de la masse, d'assainir les villes et les localités. Il faut y purifier l'eau et y purifier le sol, y élever des maisons salubres. Ainsi, on y améliore les conditions de vie en même temps qu'on prévient les contagions ordinaires et extraordinaires.

Et si, malgré ces mesures, un foyer d'infection

éclate, la science indique des moyens sûrs pour conjurer le péril : la vaccination anti-variolique qui rend l'individu refractaire à la contagion, la sérothérapie qui lui confère l'immunité, la désinfection et l'isolement qui permettent d'éteindre dans l'œuf le mal qui pourrait se répandre.

Les statistiques montrent de façon éloquente l'efficacité de ces mesures aidées d'une thérapeutique éclairée. Elles accusent un déclin marqué des maladies épidémiques dans les pays qui observent une sévère discipline sanitaire. En Norvège, par exemple, la mortalité a baissé de 16 p. 1000 en 1880, à 13.5 en 1906. La mortalité moyenne de la France est de 20 p. 1000. Au taux de la Norvège, nous gagnerions 250.000 existences par an (1) !

« La politique la meilleure étant celle des intérêts moraux et matériels des particuliers, des collectivités, disait récemment M. Landouzy, il n'y en a guère de plus opportune, de plus urgente, de moins coûteuse que la politique sanitaire. »

Cette politique s'impose avant toute autre à un pays tel que la France qui, tous les ans, se dépeuple, se suicide... (2).

1. M. Courmont.

2. *L'Officiel* pour 1909 annonçait les chiffres suivants :

Naissances vivantes : 770.000.

Décès 776.000.

L'excédent des naissances sur les décès n'était que de 13.500, le plus faible constaté jusqu'ici.

CHAPITRE PREMIER

LA DÉFENSE CONTRE LES MALADIES EXOTIQUES

Indépendamment des lois sanitaires qui ont pour objet de combattre les affections contagieuses à l'intérieur du territoire, chaque pays doit être armé pour prévenir l'invasion des maladies exotiques.

La fièvre jaune, le choléra, le peste, qui laissent dans l'histoire un souvenir lugubre sévissent cruellement dans certaines contrées qui sont leurs foyers. Avec le développement des moyens de transport, ces maladies s'étendent, envahissent les pays dont l'état sanitaire est défectueux et vont porter l'infection jusqu'aux frontières des régions les mieux défendues. Là, il faut les arrêter, les circonscrire ; il faut leur barrer la route,

Tout pays doit être prêt. Des mesures exceptionnelles de défense ne sauraient suffire car ces fléaux se diffusent avec une rapidité inouïe ; un seul cas peut mettre le feu au territoire. Et comme leur menace

est continuelle, c'est une protection permanente qu'il faut organiser contre eux.

En moins d'un demi siècle, en 1864, et en 1908, deux épidémies de fièvre jaunes'abattirent sur Saint-Nazaire.

Le choléra a envahi l'Europe en 1865, 1884, 1890 ; en 1904, il pénètre en Russie, et s'y installe, atteint en 1908, 29365 personnes, en tue 14405. En 1910, sa violence redouble : 213000 personnes sont frappées, dont 99419 mortellement. De Russie, il gagne par la voie des fleuves, la Prusse orientale. Il apparaît en Serbie, en Hongrie, à Vienne. Une troupe de tziganes russes venant de pays contaminés le porte en Italie. En octobre 1910, on en diagnostique quatre cas authentiques à Marseille.

La peste, apportée de Perse par des navires, éclate en 1878 sur la rive droite de la Volga. Depuis quinze ans on l'a vue à Oporto, Naples, Alger, Marseille, Londres, Berlin, Vienne. Et tout récemment, en octobre dernier, le fléau désolait la Mandchourie y causait des milliers de mort ; il se propageait avec une rapidité foudroyante, gagnait la Sibérie touchait la rive russe de l'Amour, menaçait l'Europe.

Jusqu'aux dix-neuvième siècle, en France, la police sanitaire maritime est arrêtée par voie de règlements. A la suite d'une terrible épidémie de fièvre jaune en Catalogne, le besoin apparaît de prendre

des mesures de précaution particulièrement rigoureuses : c'est la loi du 3 mars 1822.

Votée dans moment d'effroi, alors que les quarantaines, les cordons sanitaires armés étaient les modes de défense ordinaires, cette loi apporte une dérogation formelle aux principes de notre droit. Elle donne un pouvoir discrétionnaire au chef de l'État qui peut prendre les mesures extraordinaires que l'invasion ou la crainte d'une maladie pestilentielle rendraient nécessaires sur les frontières de terre ou à l'intérieur ». Le roi « détermine les pays dont les provenances doivent être habituellement ou temporairement soumises au régime sanitaire, les mesures à observer sur les côtes, dans les forts et rades, dans les lazarets et autres lieux réservés ». Les infractions en matière sanitaire sont réprimées de façon sévère : dix articles de la loi (elle en comprend vingt) ont trait aux pénalités qui vont jusqu'à la mort.

Ces dispositions s'expliquaient en 1822 : il importait de sauvegarder la santé publique contre un mal qui pouvait causer d'autant plus de ravages que l'on n'en connaissait pas l'étiologie, que ses conditions d'apparition et de propagation étaient chose mystérieuse. Alors, la menace d'une épidémie répandait la terreur ; la défense sanitaire était à peine organisée. C'est en prévision d'un danger particulièrement grave que l'on a donné à l'autorité supérieure

un pouvoir discrétionnaire. Et non seulement il est apparu, au cours du siècle dernier, que ces dispositions étaient utiles (elles ont préservé la France du choléra en 1885 et 1890) mais elles ont inspiré tous les décrets rendus depuis sur la législation sanitaire maritime, celui du 4 janvier 1896 notamment avec lequel, ainsi que la démontré le Dr Henry Thierry, elles se marient étroitement, et la loi de 1902. (1)

Au cours de la discussion de la loi de 1902, le gouvernement avait proposé d'emprunter au texte de 1822 deux de ses dispositions, afin de pouvoir en appliquer le bénéfice aux épidémies autochtones. La commission de la Chambre s'y refusa ; elle ne voulut pas viser la loi de 1822 faite sous une impression d'effroi, et, dans le texte qu'elle rédigea, cette loi ne devait rester applicable aux maladies d'importation exotique « que si l'on restait impuissant malgré les moyens contenus dans le texte de 1902 et qui correspondent mieux aux idées modernes des hygiénistes ». Les mêmes préoccupations apparurent lors de la discussion au Sénat. La commission, cependant, modifia le texte élaboré par la Chambre, et ce fut l'article 8 qui est resté définitif :

« Lorsqu'une épidémie menace tout ou partie du territoire de la République ou s'y développe, et que

1. La police sanitaire maritime d'après le règlement du 4 janvier 1896, 1896, Steinheil.

les moyens de défense locaux sont reconnus insuffisants, un décret du Président de la République détermine, après avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France, les mesures propres à empêcher la propagation de cette épidémie... »

Le rapporteur au Sénat, M. Cornil, montre bien que ce texte reproduit, au moins dans son esprit, la loi de 1822, et consacre l'application du principe de substitution du pouvoir central aux pouvoirs locaux en cas de danger. « A l'esprit de la commission, dit-il, l'article 8 s'applique surtout aux maladies dites pestilentielles et de provenance extérieure, c'est-à-dire au choléra, à la peste, à la fièvre jaune..., mais ces mesures extraordinaires pourront s'appliquer aussi à une épidémie qui se développerait sur le territoire de la république française. »

Donc, en cas de danger extraordinaire, notamment à l'encontre d'une maladie exotique, le principe posé en 1822 reparaît. La loi de 1822 elle-même qui subsiste toujours peut, le cas échéant, fonctionner.

L'organisation prophylactique établie à nos frontières a été arrêtée en grande partie par le règlement du 4 janvier 1896. Antérieurement, un décret de 1876 prescrivait des quarantaines soit en rade, soit dans un lazaret, pour tous les navires provenant de pays contaminés ou suspects. Ces mesures furent impopulaires. Elles étaient dangereuses parce

qu'elles parquaient avec des individus infectés des passagers absolument sains, exposant ainsi ces derniers à la contagion ; elles nuisaient gravement au commerce, et elles ne constituaient pas, l'expérience l'a prouvé, un filtre parfait des maladies pestilentielles.

La conférence internationale de Vienne les avait rejetées comme inexécutables et inutiles ; la conférence de Dresde n'en avait proposé le maintien que pour les seules maladies cholériques ; les cordons sanitaires avaient été combattus à Rome. Avec le décret de 1896, c'en est à peu près fini de ces modes simplistes de défense. « Le nouveau règlement, disait le président du conseil dans son rapport au Président de la République, supprime les quarantaines pour les remplacer par des informations sanitaires précises, par des mesures de prophylaxie prises autant que possible soit au départ, soit à bord des navires, enfin soit à l'arrivée par une désinfection appropriée. »

Aux termes de l'article premier du décret, le choléra, la fièvre jaune et la peste font seuls l'objet de mesures sanitaires permanentes. D'autres maladies graves, notamment le typhus et la variole, peuvent être exceptionnellement l'objet de précautions spéciales.

La police sanitaire est exercée sur le littoral par des agents nommés par le pouvoir central, c'est-à-

dire par le ministère de l'Intérieur. Le littoral est divisé en circonscriptions. Les directeurs de santé placés à leur tête (ce sont des médecins) sont renseignés sur l'état sanitaire de leurs circonscriptions, et tenus au courant de la condition de celles qui l'entourent. Ils peuvent prendre d'urgence les mesures qu'ils croient utiles (1).

Dans chaque circonscription, un conseil sanitaire peut être consulté sur différentes questions telles que le règlement local du port, l'organisation du lazaret, etc.

De plus, des médecins français, établis en Orient, ont pour mission d'informer les agents du service consulaire, l'administration supérieure, et, en cas d'urgence, les directeurs de santé.

Les mesures de prophylaxie sont principalement prises au départ et à l'arrivée des navires.

Avisée qu'un bâtiment va quitter le port, l'autorité sanitaire a la faculté de le visiter avant le chargement et de s'enquérir de toutes les mesures préventives d'hygiène prises à bord ; elle peut s'opposer à l'embarquement des personnes ou des objets susceptibles de propager des maladies pestilentiellles. Ce n'est que sur le vu de la licence qu'elle délivre que

1. Ils correspondent avec le ministère de l'Intérieur qu'ils tiennent au courant des mesures prises, et en général de l'état sanitaire de leur circonscription.

la douane accorde le permis de charger ou de prendre la mer.

L'action de l'autorité sanitaire se combine avec celle des médecins maritimes. D'après l'article 15 du règlement, tout bâtiment à vapeur français affecté à un service postal ou au transport d'au moins cent voyageurs, faisant un trajet dont la durée, escales comprises, dépasse quarante-huit heures, doit avoir un médecin à bord.

Déjà, en 1819, une ordonnance royale du 4 août disposait dans son article 1^{er} que « les armateurs et capitaines de tout navire expédié soit pour des voyages au long cours, soit pour la pêche de la baleine et autres poissons à lard » étaient tenus d'embarquer un chirurgien quand l'équipage (non compris les mousses) était de vingt hommes et plus. Mais, ainsi que le fait remarquer M. Faivre (1), cette disposition n'avait pour objet que la santé de l'équipage; elle ne visait nullement la prophylaxie des maladies exotiques. L'ordonnance du 18 avril 1847 et le règlement de 1876 envisagèrent bien ce point de vue, mais ils se bornèrent à exiger pour la libre pratique des bâtiments faisant un certain parcours la présence à bord d'un médecin ou d'un officier de santé. Le règlement de 1896 apporte une heureuse innovation : le médecin doit être français et pourvu du diplôme

1. Faivre, *Prophylaxie internationale*.

de docteur en médecine. Il relève du ministère de l'Intérieur, et n'est nommé qu'après un examen spécial.

A bord, le rôle du médecin est capital. Il surveille l'état sanitaire du navire visite les locaux affectés aux équipages, et prend toutes les mesures prophylactiques propres à préserver des maladies pestilentielles. S'il remplit bien sa tâche, et si durant la traversée les conditions d'hygiène sont satisfaisantes, les mesures, au retour, se trouvent simplifiées. L'autorité sanitaire n'intervient plus « qu'à titre de contrôle et supplément de garantie. »

Le navire arrive dans un port de France ou d'Algérie. Il est, avant toute communication, reconnu par l'autorité sanitaire qui interroge le capitaine, le médecin, prend connaissance du registre de ce dernier et s'il y a lieu de la patente de santé qui relate l'état sanitaire du pays de provenance.

Le navire est-il notoirement exempt de suspicion, l'examen est sommaire : c'est la reconnaissance.

S'il est suspect, c'est l'assaisonnement qui entraîne, le cas échéant, l'inspection sanitaire et la visite médicale des passagers. Les passagers contaminés sont soumis à l'isolement ; les autres sont laissés libres, mais il leur est remis un passe-port sanitaire qu'ils doivent faire viser après avoir passé une visite médicale dans tous les centres qu'ils traversent ; ils sont, en outre, astreints à l'obligation d'indiquer les

localités où ils comptent se rendre. De la sorte, il est possible de suivre pendant un temps qui varie de cinq à dix jours leur état de santé, et d'éviter par là même la création d'un foyer d'infection.

Lorsque le navire se présente avec une patente brute (il a touché un port contaminé), l'autorité décide le régime auquel il doit être astreint selon qu'elle le considère comme indemne, suspect ou infecté.

Si le navire est jugé « infecté » les personnes autres que les malades sont soumises à une observation ; la durée en est variable selon l'état sanitaire du navire et la date du dernier cas ; elle ne peut dépasser cinq jours pour le choléra, sept jours pour la fièvre jaune, et dix jours pour la peste après le débarquement.

Telles sont, dans leurs grandes lignes les mesures de prophylaxie prévues par le décret de 1896 ; elles constituent un mode de défense rationnel et qui, à un point de vue général, servent toujours de base à la protection de notre territoire. Cependant, prises en elles-mêmes, ces dispositions sont insuffisantes. Au cours du siècle dernier, le développement intense des moyens de transport a donné aux relations commerciales et financières un caractère de plus en plus international ; la navigation maritime a pris une extension énorme. Les distances ont été, de la sorte rapprochées. « Il n'y a plus 12.000 ou 15.000 kilomètres entre Paris et Pékin, a pu dire M. André

Lefèvre, mais douze ou quinze jours de voyage ce qui n'est plus du tout la même chose. » De ce fait les occasions de contagion augmentent, les maladies exotiques sont véhiculées sur les mers d'Europe, elles sont apportées par chemin de fer. Leur menace est grandissante.

Et la solidarité apparaît plus grande entre nations au point de vue sanitaire général. On se rend compte que de même qu'un malade peut contaminer les gens qui l'approchent et qu'une commune suffit pour incendier un territoire, le pays mal défendu, qui laisse pénétrer chez lui le choléra si la peste constitue un danger pour les pays qui l'entourent, que son manque de vigilance compromet la sécurité collective. Les États sentent donc le besoin de se réunir, de se coaliser pour opposer une barrière plus forte aux germes pestilentiels ; et, répondant à ce besoin ; ce sont, à partir de la seconde moitié du xix^e siècle, les conférences internationales.

Jusqu'en 1903, on peut diviser les conférences en deux groupes (1).

La première phase est exclusivement scientifique ; les gouvernements ne demandent aux conférences que des « conseils basés sur l'hygiène ». Elle va jusqu'en 1892.

1. Morod, La conférence de Paris.

J. Humbert

La deuxième phase est en quelque sorte historique. Le mouvement d'opinion est nettement dessiné, le besoin d'entente s'affirme. Ce ne sont plus maintenant des résolutions sans suite ; les nations contractantes se lient entre elles par des accords positifs.

La conférence de Dresde de 1893, réunie pour étudier les mesures communes en vue de sauvegarder la santé publique en temps d'épidémie cholérique, décide que le gouvernement du pays contaminé doit notifier aux gouvernements étrangers l'existence et le champ du foyer d'infection, indiquer la date d'éclosion du choléra, sa marche, et envoyer chaque semaine, s'il y a lieu, des communications à ce sujet.

A Venise, en 1892 et à Paris en 1894, l'idée s'affirme que les mesures de prophylaxie sont d'autant plus efficaces qu'elles sont prises plus près du foyer d'infection. En ce sens les nations européennes se concertent en vue d'instituer un contrôle sur les navires venant des régions contaminées.

Le passage du canal de Suez est réglementé, une surveillance sanitaire organisée à Suez, aux sources de Moïse. M. Proust démontre à Paris, en 1904, le danger de la pénétration du choléra par le Golfe Persique et propose d'établir sur le littoral « une surveillance sérieuse, de préciser les autorités chargées d'appliquer les mesures, et de désigner des points où devraient être installés des postes

sanitaires » (1) Puis, en 1895, la peste éclate à Hong-Kong, envahit les Indes, s'y installe. La surveillance du Golfe Persique et de la mer Rouge devient plus pressante.

Elle est reprise en 1897 par la Conférence de Venise qui envisage les dispositions applicables aux navires arrivant dans la mer Rouge et dans le canal de Suez.

Ce champ d'étude était trop vaste ; les délibérations arrêtées furent confuses. Les délégués s'en rendirent compte, et, avant de se séparer, ils votèrent à l'unanimité la motion suivante : « La Conférence est d'avis qu'une commission technique internationale devrait être chargée à brève échéance de préparer un projet destiné à mettre en harmonie et à codifier les conventions sanitaires de Venise (1892), Dresde (1893), Paris (1894) et Venise (1897). »

Le gouvernement italien s'appuya sur cette délibération pour provoquer une nouvelle conférence ; il proposa qu'elle se tint à Paris pour rendre hommage à la France dont l'action en matière de prophylaxie internationale avait été marquante.

Après d'assez longs pourparlers, les propositions italiennes furent adoptées par presque toutes les nations civilisées ; en 1851, douze étaient représentées

1. Faivre, ouvrage cité.

à la conférence de Paris. En 1903, il y en avait vingt-quatre.

Les lettres de convocation indiquaient le double but de la conférence : codifier les conférences antérieures, adapter leurs décisions aux acquisitions scientifiques sur la propagation de la peste.

Les progrès de la pathologie avaient permis d'éluider l'étiologie de plusieurs maladies exotiques. La connaissance des facteurs qui en favorisent la propagation donnait une nouvelle orientation à la prophylaxie et bouleversait du même coup les anciens modes de défense sanitaire. Il fallait donc modifier les conventions suivant les indications de la science.

Yersin, en 1894, avait découvert le bacille de la peste et montré que les rats étaient les agents les plus ordinaires de dissémination. Le docteur Simond avait ensuite établi la transmission possible par les puces, parasites des rats. Puis, il était apparu que l'infection par les voies respiratoires qui, jusqu'alors était regardée comme le mode habituel de contagion n'était à redouter que dans un seul cas : la forme pneumonique, et qu'en général la peste n'était que très exceptionnellement transmise de l'homme à l'homme.

La mesure de prophylaxie la plus effective devient donc la destruction des rats. La conférence arrête que la dératisation d'un navire infecté doit être effectuée avant ou après le déchargement de la car-

gaison, le plus rapidement possible, et, en tout cas, dans un délai maximum de quarante-huit heures (1).

1. Le décret du 4 mai 1906 rend la destruction des rats obligatoire pour l'admission dans les ports français : 1° de tout navire provenant d'un port considéré comme contaminé de peste ou y ayant fait escale ; 2° de tout navire ayant pris en transbordement plus de 50 tonnes de marchandises provenant directement d'un pays considéré comme contaminé de peste.

Les méthodes employées pour la dératisation des navires peuvent se ranger en trois groupes selon qu'elles mettent en œuvre, comme agent toxique, l'acide carbonique, l'oxyde de carbone ou l'acide sulfureux. Le procédé à l'acide carbonique est aujourd'hui abandonné (a). M. A. Pottevin, dans une étude présentée au Comité international permanent, dit que pour rendre l'atmosphère d'un local mortelle pour les rats au moyen de l'acide carbonique, « il faut y introduire ce gaz dans la proportion d'au moins 30 o/o ce qui, lorsqu'il s'agit de grandes capacités comme les cales d'un navire entraînerait des frais et des pertes de temps énormes ».

En outre, on a reproché à l'acide carbonique, de même que l'acide sulfureux, de causer parfois des avaries aux marchandises. Un certain nombre de produits commerciaux et le navire lui-même pourraient dans certaines conditions avoir à souffrir de leur contact. L'acide sulfureux est absorbé par beaucoup de substances alimentaires qui en gardent le goût. « La plupart des aliments frais : fruits, légumes, viandes, sont rendus inutilisables. La farine soumise à la sulfuration donne une pâte qui ne lève plus. Les pommes de terre perdent la faculté de germer. »

Les représentants du commerce ont, à diverses reprises, combattu la dératisation, mais à dire vrai, aucune action n'a jamais été intentée pour dommages causés par l'emploi de ce procédé (Rapports du D^r Martel au Congrès international de médecine de Budapest de 1909 ; étude précitée de M. Pottevin). MM. Chantemesse et Bonjean, dans un rapport au Conseil supérieur d'hygiène du 9 décembre 1908 disent : « Sur 18 chargements de farines sul-

a. Le procédé par l'oxyde de carbone, employé à Hambourg est dangereux, et a entraîné plusieurs morts d'hommes dans les cales des navires.

En même temps, la rigueur des anciennes mesures basées sur une conception inexacte de la maladie s'atténue. La conférence de Venise de 1897 avait fixé à dix jours la période d'observation pendant laquelle les passagers suspects pouvaient être retenus; la conférence de Paris abaisse cette durée à cinq jours. Elle décide, pour les autres passagers, qu'en

furés, on a reçu deux plaintes; dans les deux cas, la concentration de l'atmosphère sulfureux était de 6 à 7 o/o. Le temps de contact, qui était généralement de cinq heures, a dû être, en raison du défaut d'aération, beaucoup plus prolongé... En regard de ces deux faits, nous relevons 16 chargements qui n'ont donné lieu à aucune observation.» (b) La première expérience qui établit l'altération des farines a été faite par M. Bonjean et le Dr Henry Thierry, à Marseille les 13, 14 et 15 juin 1908.

« Le fait que le gaz sulfureux détériore certaines marchandises constitue certes un inconvénient, mais de moindre importance qu'on pourrait croire. Le Dr F.-G. Clemow (Constantinople) s'est informé sur ce point auprès d'officiers sanitaires de diverses parties du monde et les réponses qu'il en a reçu montrent qu'aucune action n'a jamais été intentée pour dommages causés par l'emploi de ce procédé. Selon lui (c'est aussi l'avis de nombreux praticiens), la méthode idéale pour la destruction des rats reste à trouver, mais en attendant il faut se contenter du procédé par le gaz sulfureux qui est de tous ceux existant actuellement, celui qui offre le plus d'avantages avec le moins d'inconvénients.» Comptes rendus du Congrès international de médecine de Budapest (août et septembre 1909), XXI^e section, Médecine navale et médecine tropicale, par le Dr André Villejean.

Notons encore que, pour apprécier dans quelle mesure l'inconvénient résultant de l'altération de marchandises serait de nature à constituer un empêchement à la sulfuration, l'Office international d'hygiène s'occupe de réunir les éléments nécessaires pour établir une statistique de cas d'avarie constatés.

b. Les appareils Clayton, Marot, etc., sont utilisés le plus généralement.

cas de navire infecté (les navires sont divisés en infectés, suspects, indemnes) l'autorité pourra remplacer pour eux l'observation, où ils étaient arrêtés, par la surveillance. Ils sont alors libres de leurs mouvements à la condition d'indiquer leur résidence à l'autorité qui fait constater leur état de santé pendant un temps qui ne doit pas dépasser dix jours.

Pareille mesure peut être prise en cas de choléra.

La fièvre jaune fit l'objet de quelques discussions.

Autrefois, les causes de cette maladie étaient mystérieuses ; la lutte que l'on tentait contre elle était forcément stérile. On ignorait sa voie de pénétration, et une théorie simpliste admettait la possibilité de transmission par contagé direct avec le malade. D'heureuses recherches expérimentales devaient mettre bas cette erreur, et orienter d'un autre côté la prophylaxie. Déjà, en 1882, le congrès d'hygiène de Genève avait reconnu que l'affection avait une origine microbienne indéterminée. En 1900, une mission américaine à la Havane avait démontré qu'un moustique le *stegomyia calopus* était l'agent exclusif de transmission de la fièvre jaune ; elle avait précisé par des expériences remarquables les conditions biologiques qui déterminent l'infection chez ce moustique et le délai d'incubation qui régit son infectivité.

A la conférence de Paris, les délégués américains

exposèrent le résultat de leurs études, mais ils déclarèrent qu'ils n'étaient pas encore en mesure de formuler les données d'un règlement international destiné à prévenir la contagion de la maladie.

La conférence ne précisa donc pas le caractère des mesures à prendre ; elle se borna à recommander aux pays intéressés de modifier leurs règlements sanitaires de manière à les mettre en rapport avec les données de la science sur le mode de transmission de la fièvre jaune, et surtout le rôle des moustiques comme véhicules des germes de la maladie.

L'hypothèse des américains devait être confirmée. Les D^{rs} Chantemesse et Borel, et tout récemment le D^r André Villejean dans une étude sur l'épidémie de Saint-Nazaire de 1908, indiquent le *Stegomyia* comme l'agent de transmission de la fièvre jaune ; et les faits ont confirmé pleinement cette conception puisque l'on observe un parallélisme rigoureux entre le domaine géographique du *stegomyia* et le champ d'expansion et la fièvre jaune.

La prophylaxie de la fièvre jaune se trouve donc modifiée. Autrefois, on isolait les malades sans se préoccuper de les mettre à l'abri des piqûres des moustiques. Aujourd'hui, quand un cas de fièvre jaune se produit dans une localité à *stegomyia* : « on met le malade dans un local bien protégé, au moyen de toiles métalliques contre l'accès des moustiques ; quand un navire arrive d'un port contaminé, on

détruit, au moyen de l'acide sulfureux les moustiques qui se trouvent sur le navire, avant d'autoriser le débarquement » (1).

Ces découvertes tranchent de façon définitive la question des quarantaines : puisque la peste est transmise presque exclusivement par les rats, et que pour la fièvre jaune, l'homme n'est pas un agent de transmission, les quarantaines n'ont plus de raison d'être ; il faut les remplacer par la visite médicale, l'isolement, la surveillance sanitaire des passagers et de l'équipage pendant la période dite « d'incubation », la désinfection ou la sulfuration du navire.

La surveillance médicale des navires dans les ports a été à nouveau réglementée par un décret du 5 avril 1907.

Lorsqu'un navire arrive dans un port ayant à bord un cas de maladie fébrile, il est procédé à la visite médicale. La libre pratique n'est pas accordée avant qu'il ait été reconnu que la dite maladie n'est pas une des maladies transmissibles visées à l'article 4 de la loi du 15 janvier 1902, où s'il s'agit d'une de ces maladies avant que les mesures nécessaires, pour en prévenir la propagation, aient été prises.

1. Discours de M. Laveran à la séance publique annuelle des cinq académies le 25 octobre 1910.

Si l'examen médical constate un cas d'une de ces maladies transmissibles (hors les maladies pestilentiellles qui restent soumises au régime déterminé par les dispositions spéciales du règlement de police sanitaire du 4 janvier 1896) l'autorité sanitaire prend à l'égard des passagers et de l'équipage du navire, les mesures commandées par les circonstances. D'autre part, elle informe la municipalité à qui incombe le transport et l'isolement des malades, et elle provoque l'application en dehors du navire des diverses mesures de prophylaxie prévues soit par la loi de 1902, soit par les règlements sanitaires locaux.

Tout navire se trouvant dans un port de France ou d'Algérie est soumis pendant son séjour dans le port à une surveillance sanitaire.

Les malades doivent être transportés dans les locaux spéciaux ; il faut les mettre en observation ou les isoler. Longtemps, on ne connut en ce sens que les lazarets. Ils ont, de fait, rendu d'incontestables services et arrêté plus d'une épidémie ; mais ils sont organisés de façon rudimentaire et ne répondent plus aux nécessités de l'hygiène moderne.

On a dénoncé, à maintes reprises, l'état lamentable du lazaret du Frioul. Lorsqu'en 1907 une épidémie de peste se déclara à Marseille, il fut impossible d'y isoler les suspects. L'année dernière, quand quelques cas de choléra furent signalés, on conduisit bien cinq malades au Frioul, mais l'installation était

si misérable qu'il fallut les faire rentrer en ville. Il y a quelques mois (1), un navire anglais, de la Compagnie Péninsulaire, arrivait à Marseille infecté de peste. On ne put que débarquer au lazaret trois malades ; il était impossible d'isoler tous les passagers. La compagnie anglaise décide de reprendre la mer. Elle fit une croisière dans la Méditerranée et ne revint à Marseille débarquer ses passagers que lorsqu'il fut bien certain qu'il n'y avait plus à bord un seul malade contaminé.

Ces exemples démontrent que Marseille ne peut pas se défendre contre l'invasion des maladies exotiques.

A la suite d'une interpellation de M. Chanot, à la séance du 20 janvier 1911, la Chambre saisie de la question « invita le gouvernement à mettre le lazaret du Frioul en état de faire face aux nécessités sanitaires qu'impose le souci de l'hygiène générale du pays ». Il importe, en effet, de défendre Marseille d'une façon particulière. A l'heure actuelle, il y a de véritables foyers de choléra et de peste dans tout l'Orient, dans toutes les escales de la Méditerranée ; ils peuvent envahir nos côtes à chaque moment.

D'après le Dr Faivre (2), il faudrait mieux sup-

1. M. Chanot. Chambre des députés, 20 janvier 1911.

2. Avant-projet du règlement de prophylaxie maritime, mars 1907.

primer les lazarets ; leur utilité aujourd'hui, n'est pas certaine : le traitement des navires suspects, dit-il, n'exige pas l'envoi dans un lazaret. L'opération peut fort bien se faire dans un bassin ou dans une rade sûre. La désinfection pourrait être pratiquée une première fois avant le déchargement puis complétée après afin d'achever la destruction des germes. Quant aux malades leur internement dans un « lieu réservé » ne s'impose plus. Le choléra, la peste, la fièvre jaune ne sont plus considérés comme des maladies mystérieuses ; un pesteux, un cholérique doivent être soignés dans des conditions qui ne diffèrent guère de celles que l'on applique à un varioleux ou à un diphtérique. Les mêmes locaux, une fois assainis et désinfectés peuvent recevoir d'autres malades.

Le lazaret n'a donc plus sa raison d'être ; il vaut mieux lui substituer la station sanitaire ayant pour compliment l'hôpital municipal. La station sera « suffisamment isolée, en relation aussi directe que possible avec le quai de débarquement ; elle comprendra un cabinet médical, un laboratoire de bactériologie, des bains, une ou plusieurs étuves et des locaux disposés en vue de la désinfection des bagages ou marchandises ».

L'isolement et le traitement des malades seraient pratiqués à l'hôpital de la ville.

Il est à prévoir que de telles stations seront orga-

nisées à Dunkerque, au Havre. Les dépenses résultant de leur entretien seraient inférieures à celles qu'entraînerait l'établissement de nouveaux lazarets; en outre, elles permettraient de recevoir des malades d'une façon continue, alors que les lazarets ne servent que par intervalles (1).

La Conférence de Paris, dans son article 41, a édicté :

« Les gouvernements se réservent le droit de prendre des mesures particulières à l'égard de certaines catégories d'individus, notamment des bohémiens, des vagabonds, des émigrants et des personnes voyageant ou passant la frontière par groupes. »

Avec le développement des moyens de transport, l'abaissement du prix des voyages, la question des émigrants est devenue plus pressante. Tous les ans, des flots d'individus, roumains, turcs, grecs, syriens, orientaux, asiatiques... viennent s'embarquer en Europe à destination de l'Amérique. On en comptait 68.039 en 1862; en 1904, on évaluait leur nombre à 798.606.

Ces gens, partis le plus souvent de pays contami-

1. A Saint-Nazaire, la station sanitaire conçue d'après les vues et plans du D^r Dupuy, directeur de la Santé, est actuellement terminée.

nés, désolés par les maladies pestilentiellees constituent un danger très grand pour la santé publique. Contre eux, il faut organiser une surveillance sanitaire particulièrement rigoureuse. C'est dans ce but que plusieurs pays, l'Amérique, l'Allemagne, la Hollande ont institué une législation spéciale.

A Hambourg, on considère les émigrants venus de Russie comme dangereux en tout temps. Le choléra qui a sévi en Allemagne en 1905 venait, en effet, de Russie. Dès leur arrivée, les émigrants russes sont isolés dans des baraquements surveillés par la police. Ils sont d'abord placés dans une section dite « infectée » où ils sont examinés. Si la visite est favorable l'émigrant est admis dans la deuxième section dite « propre ». Là il peut aller et venir, mais reste astreint à une visite journalière.

En cas d'affection contagieuse le malade est transféré à l'hôpital de campement. Les individus qui ont été en contact avec lui sont également isolés, leurs effets sont désinfectés ainsi que le pavillon où logeait le contagieux.

Les hôtels autorisés à loger des émigrants doivent obtenir une licence spéciale. Ils sont astreints à de nombreux règlements et assujettis à un contrôle permanent. Leur nombre est très limité, et presque tous les émigrants habitent dans les baraques.

Les Allemands ont organisé dans leur territoire un véritable système de « vase clos ». C'est ainsi

qu'en 1905, ils ont jugulé l'épidémie qui s'était introduite à Hambourg.

En France, à l'heure actuelle, environ 60.000 émigrants de provenances plus ou moins suspectes traversent notre territoire, chaque année. Les Drs Reynaud et Chantemesse ont maintes fois signalé les dangers qu'ils font courir à nos ports, et surtout à Marseille.

En 1904, un négociant marseillais prit l'heureuse initiative d'installer un hôtel spécial. Pour la somme infime de 0 fr. 25 par jour, les émigrants trouvaient un abri propre et sain ; mais les autres logeurs qui voyaient disparaître la source de leurs anciens bénéfices se liguèrent et boycottèrent la nouvelle hôtellerie.

La municipalité chargea bien une brigade de police de surveiller les hôtels qui reçoivent des émigrants. Sur ses rapports, on dut ordonner la fermeture de quelques établissements, mais alors on la trouva gênante et on la licencia.

Écoutons le professeur Chantemesse qui fit une enquête en 1906 : « Le propriétaire d'une de ces hôtelleries était mort depuis quelques mois et son successeur était installé à sa place sans même avoir fait sa déclaration à la police. Il nous déclara qu'il y avait dans sa maison 60 émigrants et nous en avons compté 127 de toutes les nationalités : Syriens, Arméniens, Persans, etc. Les plus

grandes chambres mesurant 11 mètres de longueur, 4 m. 20 de largeur et 3 mètres de hauteur contenaient 18 à 20 émigrants couchés sur des nattes... La maison ne possédait qu'un seul water-closet. La plus grande saleté y régnait et les escaliers étaient souillés d'urine. A notre question : « Que fait-on pour les malades » ? le propriétaire répondit qu'il faisait appel au commissaire de police quand il jugeait que la maladie en valait la peine...

« Si, quelque jour, le choléra importé de Syrie éclate dans une telle hôtellerie, il n'est pas douteux que la plupart des habitants et une partie du quartier voisin en deviennent rapidement les victimes ! »

En France, les lois et décrets qui règlent l'émigration, — ils datent de 1861 et 1862, — n'édicte contre les émigrants qu'une surveillance de police. Aussi, ces derniers circulent-ils en toute liberté à travers la France. Leurs transbordements se succèdent, et rarement des mesures de précaution sont prises. Qui n'a vu, à la gare Saint-Lazare, à la gare de Lyon, une troupe étrange de bohémiens sordides, vêtus de guenilles, chargés de bagages hétéroclites. La plupart d'entre eux viennent de Marseille : le service sanitaire maritime ne les a examinés que si le port d'origine était contaminé, ou si une épidémie menace le territoire. De Paris, ils prennent le train pour le Havre où ils s'embarquent pour l'Amérique. Au

Havre, l'intervention médicale fonctionne. On visite les émigrants pour éliminer les malades qui ne seraient pas admis et dont les frais de retour incomberaient à la compagnie. Ceux-ci sont renvoyés dans leurs pays. Les autres, dirigés sur des hôpitaux, y sont conservés jusqu'à leur guérison. Mais s'ils ne sont atteints que de maladies ordinaires, favus, pelade, syphilis en évolution, la compagnie les loge dans des hôtels spéciaux. Chaque jour ils vont chez leur médecin en risquant de semer la contagion. Aussi, l'état sanitaire du Havre est-il très mauvais. La mortalité y est de 26,4 0/00. M. Chantemesse, à qui nous empruntons cette documentation, dit fort justement : « L'émigration dans son service médical n'a qu'un seul but : accomplir à la lettre les règlements américains sans se soucier le moins du monde si ces règlements sont de nature à nuire à la santé publique de notre pays. »

Sans doute, en cas de danger, on modifie les dispositions applicables aux émigrants. En 1910, lors de la première manifestation du choléra en Italie, les émigrants furent soumis à Marseille à un contrôle sanitaire minutieux. Leur transport à travers la France fut effectué par des trains spéciaux passant d'un réseau à l'autre en contournant Paris sans s'y arrêter. Ces mesures ne sont prises qu'en cas exceptionnel ; elles ne suffisent pas pour nous protéger. Il nous faut réformer notre législation, et instituer à

l'égard des émigrants une surveillance sanitaire permanente.

En ce sens au mois de février 1911, le président du Conseil a nommé au ministère de l'Intérieur une commission spéciale qui va étudier la question.

La conférence de Paris, dans sa section IV vise les mesures à prendre aux frontières de terre. Son article 37 est ainsi conçu : « Il ne doit plus être établi de quarantaines terrestres. Seules les personnes présentant des symptômes de peste ou de choléra peuvent être retenues aux frontières. »

Ce principe n'exclut pas le droit pour chaque état de fermer au besoin une partie de ses frontières.

A diverses reprises, en 1905, 1908 et 1909 il a fallu organiser notre frontière du nord et de l'est pour la défendre contre le choléra qui sévissait en Allemagne et en Russie. On se souvient de l'effroi causé en France, à l'automne 1908, quand on apprit que le choléra sévissait à Saint-Petersbourg. Des mesures exceptionnelles de défense furent prises, basées au point de vue juridique sur les dispositions combinées des lois de 1822 et 1902 (1).

Toute personne venant d'une région contaminée

1. A la première, disait le président du Conseil dans sa circulaire du 27 août 1909 elles emprunteront ses pouvoirs et ses sanctions exceptionnelles. A la seconde, ses organismes, ses moyens et ses ressources budgétaires.

et présentant des symptômes suspects était retenue à la gare frontière et isolée dans un local spécial. Averti, le préfet dépêchait le délégué départemental ou un médecin qui veillait à la bonne exécution des mesures prophylactiques. Quiconque logeait un voyageur était tenu d'en faire la déclaration dans les vingt-quatre heures. Disposition capitale et sans laquelle la surveillance médicale aurait été forcément incomplète. Dans sa circulaire du 27 août 1909, le président du conseil prescrivait aux préfets : « Vous emploierez tous les moyens en votre pouvoir pour vous assurer que cette mesure est très fidèlement exécutée, et, en cas d'infraction, vous ne manquerez pas de promouvoir les sanctions pénales de la loi de 1822 ». Tout cas de maladie soupçonné d'être le choléra devait être déclaré, mais tandis que la loi de 1902 n'impose la déclaration qu'au seul médecin, c'était à son défaut le chef de famille ou les personnes logeant le malade qui étaient astreints à l'obligation. A un fléau exceptionnellement grave, mesures de prudence exceptionnelles.

Un délégué spécial (c'était l'inspecteur départemental) assurait l'unité de direction en même temps qu'il contrôlait les mesures prises.

En automne 1909, l'apparition à Rotterdam et le long des rivières aboutissant à cette ville d'un certain nombre de cas de choléra asiatique, exigea une surveillance spéciale de la batellerie de toute la

région nord et nord-est. Tout bateau (1) arrivant en France était soumis à une visite dans un lieu aussi rapproché que possible de la frontière. Une personne à bord présentait-elle des symptômes suspects (vomissements, diarrhée), le bateau était mis en isolement provisoire, et soumis pendant les cinq jours qui suivaient à des visites médicales répétées toutes les vingt-quatre heures.

Des précautions furent prises pour éviter la contamination des eaux : tout navire entrant en France devait être muni de récipients destinés à recevoir les déjections ; en outre, de nombreux prélèvements furent effectués sur les eaux des canaux et rivières traversant la frontière française nord et nord-est, et soumis à une analyse bactériologique à l'Institut Pasteur de Lille.

Les voyageurs qui n'étaient pas retenus à la frontière recevaient un passeport sanitaire qu'ils devaient présenter dans les vingt-quatre heures au maire des communes où ils se rendaient. Comme cette prescription ne s'appliquait pas aux voyageurs qui allaient à Paris, il fallut organiser en outre dans cette ville un service spécial de défense sanitaire (2).

Un poste médical fut établi dans les gares du Nord et de l'Est. Les commissaires spéciaux de police fai-

1. Décret du 8 septembre 1909.

2. Il commença fonctionner le 20 septembre 1908.

saient examiner les billets, et tous les voyageurs venant de Russie étaient priés de se rendre au poste médical avec les bagages qu'ils avaient avec eux dans les wagons. Les hardes et vêtements suspects étaient emportés et désinfectés aux étuves municipales. Les voyageurs étaient tenus de décliner leurs noms, leur adresse à Paris, de dire la date de leur départ pour la Russie. Ils subirent quatre visites médicales; une première à leur entrée sur le territoire français, une seconde à leur arrivée en gare à Paris, deux autres à domicile. Du 20 au 30 septembre, 470 voyageurs de Russie arrivèrent à Paris. 348 subirent la surveillance sanitaire complète. Du 1^{er} au 8 octobre, 2991 colis accompagnaient le train ; 2839 furent désinfectés sur place par le service municipal.

La conférence de 1903 compléta l'œuvre de défense sanitaire, entreprises par les conférences de Constantinople, Paris et Venise, visant la surveillance de la mer Rouge, du canal de Suez, du golfe Persique qui sont les voies de pénétration des maladies pestilentielles. Elle décida, en outre, et ceci est capital, la création de l'Office international d'hygiène.

A la conférence de Venise de 1894, un projet spécial de convention avait été présenté d'après lequel devait être fondée dans la capitale de l'Autriche une « commission sanitaire internationale permanente »

composée de médecins, ayant pour objet l'étude des maladies épidémiques, le choléra notamment, et dont les attributions auraient été exclusivement scientifiques.

Le projet n'eut pas de suite ; toutefois en 1881, à Washington, on se préoccupa beaucoup de la notification des épidémies, des communications avec l'étranger. Un système international centralisé d'avertissements sanitaires paraissant indispensable pour une défense sanitaire effective, il était désirable « de procéder à la création d'institutions internationales chargées de recueillir tous les renseignements relatifs à la naissance au développement du choléra, de la peste, de la fièvre jaune, et de les porter à la connaissance des parties intéressées. »

Dans ce but, trois agences devaient être créées à Vienne, à la Havane et une en Asie.

La conférence de Rome reprit le vœu posé en 1881 et envisagea « l'établissement dans chaque pays d'un bureau central d'informations et d'avertissements sanitaires échangeant avec les bureaux similaires des correspondances et des communications régulières ».

Ce fut à Paris, en 1903, que l'idée fut adoptée. Quelques mois auparavant, à la séance d'ouverture du Congrès international de Bruxelles M. Monod avait émis la proposition qu'il fut créé un organe international officiel : « Pourquoi, disait-il, n'existe-

t-il pas quelque jour un bureau international d'hygiène publique auquel toutes les nations apporteraient et emprunteraient des informations utiles, des éléments de progrès sanitaire ? En ce cinquantenaire des congrès d'hygiène, il est permis de rêver ce rêve et d'entrevoir une alliance internationale pour la lutte contre la maladie et la mort qui devraient être... qui seront un jour nos seuls ennemis ».

Sur la proposition des délégués français la conférence se prononça dans ce sens. La création de l'office sanitaire international devait être basée sur les principes observés pour la création du bureau international des poids et mesures.

Paris fut désigné comme-siège. Le gouvernement français devait saisir par la voie diplomatique les États représentés à la conférence des propositions en vue de l'organisation. Il les adressa en août 1907 sous la forme d'un projet de statuts, discutés à Rome.

Douze États répondirent à l'appel de la France et de l'Italie. Les statuts organiques furent définitivement arrêtés par les délégués : après ratification par les gouvernements, l'office put enfin être constitué.

Il a pour objet principal, dit l'article 4, de « recueillir et de porter à la connaissance des États participants les faits et documents d'un caractère général qui intéressent la santé publique, spécialement en ce qui concerne les maladies infectieuses, notamment le

choléra, la peste, la fièvre jaune, ainsi que les mesures prises pour combattre ces maladies ».

« Les gouvernements font part à l'office des mesures qu'ils prennent en vue d'assurer l'application des conventions sanitaires internationales. L'office suggère les modifications qu'il pourrait être avantageux d'apporter aux dispositions de ces conventions. »

M. Barrère avait eu le soin de dire devant la commission des voies et moyens que cet organe n'aurait aucun pouvoir exécutif ni aucun pouvoir d'immixtion dans les affaires intérieures des États. L'office, par contre, est indépendant des autorités du pays dans lequel il est établi. Il est placé sous l'autorité et le contrôle d'un comité international.

Ainsi constitué, ce bureau est véritablement « un office de renseignements d'utilité et de progrès sanitaires ». Il est renseigné sur les menaces, les symptômes d'épidémie, au jour le jour ; il les suit, étudie l'efficacité des mesures prises. A peine constitué, il a dû s'occuper de la défense du bassin de la Méditerranée et de l'Europe. (La nouvelle ligne de chemin de fer qui relie Damas à Médine présente, en effet, un nouveau mode de pénétration du choléra.) C'est lui, enfin, qui a préparé la réunion et arrêté le programme d'une conférence internationale qui va se tenir au mois de mai prochain à Paris.

Depuis 1903, la ligue de défense européenne a été forcée. Le choléra s'est installé en Russie. L'année

dernière, sa violence fut extrême. De juin à août, on a constaté 90.000 cas, et le mal a été porté en divers sens, en Allemagne, en Autriche, jusque dans la province des Pouilles. La menace d'invasion augmente.

Or, il apparaît que les mesures prises en 1903 sont insuffisantes. Autrefois, on considérait que le seul propagateur du choléra était l'individu malade ou chez qui le mal était en voie d'incubation. C'était là une conception imparfaite. Il y a, dit M. Chantemesse (1), « des individus qui résistent pour ainsi dire aux microbes, qui deviennent des hôtes passifs sans que le bacille détermine chez eux un trouble pathologique quelconque. Toutefois, pour n'être pas atteints eux-mêmes, ces hommes ne restent pas inoffensifs : leurs matières fécales contiennent des microbes aussi virulents que ceux des déjections des malades. Au même titre que les patients ils sont dangereux et encore plus redoutables puisque nul phénomène ne décèle leur insidieuse nocivité ».

C'est donc une transformation complète des mesures de prophylaxie qui s'impose du fait des risques de contagion par ces porteurs de bacilles. Pour préserver la population des germes cholériques,

1. *Revue scientifique*, août 1910.

l'année dernière, la Hollande qui était envahie par le fléau, a isolé complètement et le malade et les personnes ayant été en contact avec lui. L'épidémie fut rapidement enrayée.

Ce sont ces mesures nouvelles qu'il faut faire adopter comme système international de préservation.

La conférence devra aussi se préoccuper de la modification des conventions au sujet de la peste. Elles « doivent viser séparément la forme de la peste bubonique peu contagieuse pour l'homme et celle de la peste pulmonaire qui l'est beaucoup plus ». Malgré tous les efforts accomplis, la peste ne disparaît pas dans les pays où elle a établi son foyer. Les Anglais ne peuvent pas la supprimer dans les Indes, et en Égypte ses progrès sont constants.

Enfin, conformément au vœu proposé au Congrès de Budapest d'octobre 1909, la conférence cherchera à établir une surveillance médicale appropriée aux émigrants quittant l'Europe ou y revenant.

CHAPITRE II

LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET LA LOI DE 1902

« La législation administrative de la France a toujours considéré le pouvoir réglementaire en matière sanitaire comme un attribut de l'autorité municipale » (1). Ce principe, encore qu'il ait évolué quelque peu avec les lois des 14 septembre 1789, 16-24 août 1790, 18 pluviôse an VIII, 18 juillet 1837, et 5 avril 1884, est resté cependant la règle, il a été à nouveau sanctionné par la loi du 15 février 1902.

La loi du 5 avril 1884 disposait que : la police municipale a pour objet d'assurer le bon ordre, la sûreté et la salubrité publiques... ce qui comprend notamment « le soin de prévenir et de faire cesser les maladies épidémiques et contagieuses ».

C'était tout un programme, mais d'exécution difficile. Les termes de la loi étaient imprécis. Se fon-

1. Bluzet.

dant sur cette imprécision, la jurisprudence mit de sérieuses entraves à l'action du maire. Ce dernier pouvait ordonner de faire cesser une cause d'insalubrité, il n'avait pas le droit d'indiquer les travaux à effectuer. Aussi, le plus souvent s'abstenait-il au détriment de l'hygiène.

La loi de 1902 qui renferme presque toute notre législation sur l'hygiène, consacre une extension notable des pouvoirs de police et de l'autorité communale. Elle impose au maire l'obligation de prendre l'arrêté sanitaire, et elle détermine ce que devra viser ce règlement, savoir : les précautions à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles visées à l'article 4 de la loi, spécialement les mesures de désinfection ou même de destruction des objets à l'usage des malades ou qui ont été souillés par eux et généralement des objets quelconques pouvant servir de véhicule à la contagion :

Les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons et de leurs dépendances, des voies privées closes ou non à leurs extrémités, des logements loués en garni et des autres agglomérations quelqu'en soit la nature, notamment les prescriptions relatives à l'alimentation en eau potable ou à l'évacuation des matières usées.

La commune est la base des opérations sanitaires. « Nous comptons, en France, sur la nouvelle loi pour développer la vie municipale, disait M. Monod. »

Le maire se trouve investi d'importants pouvoirs. S'il n'en use pas d'office le préfet y suppléera. Le législateur a craint, en effet, l'insuffisance de l'autorité communale.

L'application des mesures d'hygiène repose donc sur la collaboration des deux fonctionnaires, le maire et le préfet, mais ce dernier intervient surtout à titre de surveillance et de contrôle, et d'une façon générale en cas d'inaction ou de négligence du maire. La loi prévoit aussi d'une façon spéciale un autre sujet d'intervention : c'est lorsque la situation sanitaire d'une commune paraît compromise.

Si pendant trois années consécutives le nombre des décès y a dépassé le chiffre de la mortalité moyenne de la France, le préfet doit faire procéder à une enquête. Cette mesure est justifiée d'une « façon mathématique » grâce aux tables de mortalité. Elle permet de procéder dans la localité visée à un examen approfondi de l'état sanitaire. Si des travaux d'assainissement sont prescrits en conséquence, c'est à l'administration qu'il appartient d'en poursuivre l'exécution.

Les dispositions de la loi peuvent être divisées en deux parties. Celles qui tendent à prévenir l'éclosion des foyers d'infection. Celles qui ont pour but d'éviter la propagation des maladies contagieuses.

Les premières se rapportent essentiellement à l'assainissement des localités.

L'attention des hygiénistes s'était depuis longtemps portée sur les eaux ; ils avaient acquis la certitude que l'eau mauvaise contient les germes de maladies dangereuses telles que la typhoïde. Sans doute, de grandes villes avaient bien accompli des travaux pour prévenir cette cause d'épidémie. Dans les campagnes, par contre, l'alimentation en eau potable était laissée à la libre disposition de tous, exposée par conséquent à toutes les souillures.

La loi prescrit d'heureuses mesures de protection. Le décret déclarant d'utilité publique le captage d'une source, détermine s'il y a lieu, en même temps que les terrains à acquérir en pleine propriété, un périmètre de protection contre la pollution de cette source ; le terrain représentant le périmètre de protection est soumis à une servitude. On ne peut y étendre de fumiers, ni y forer des puits sans autorisation préfectorale. Les pouvoirs de la commune sont heureusement précisés : « Le droit à l'usage d'une source d'eau potable implique le droit de la curer, de la couvrir. » Une commune a-t-elle besoin d'acquérir une source située sur son territoire, les formalités d'acquisition sont simplifiées : quand le débit ne dépasse pas deux litres par seconde, l'acquisition peut être déclarée d'utilité publique par arrêté préfectoral.

Au sujet des immeubles, de sérieuses mesures sanitaires sont prescrites :

Le permis de construction est rendu obligatoire dans les agglomérations de 20.000 habitants. La législation des logements insalubres est heureusement réformée. La loi de 1850 ne visait que « les logements et les dépendances insalubres mis en location ou occupés par d'autres que les propriétaires, l'usufruitier ou l'usager ». La loi nouvelle s'applique à tous les immeubles. Désormais, ce n'est plus le conseil municipal, mais la commission sanitaire qui est saisie par le maire ou à son défaut par le préfet. Si elle juge que des travaux sont nécessaires, après enquête contradictoire sur les lieux, elle indique le délai dans lequel ils doivent être exécutés, ou dans lequel l'immeuble cessera d'être habité en totalité ou en partie. Si, au contraire, elle n'accepte pas les propositions contenues dans le rapport du maire, le préfet saisit s'il y a lieu le conseil départemental d'hygiène.

Dans le cas où des travaux sont prescrits, les intéressés doivent les exécuter dans un certain délai, ils sont mis en demeure par un arrêté d'injonction. Ils peuvent déférer cet arrêté au Conseil de préfecture et au Conseil d'État. Si leur recours est rejeté, ou s'ils renoncent à l'exercice de ce droit, ils doivent se soumettre à l'arrêté d'injonction. Sinon, ils sont traduits devant le tribunal de simple police qui autorise le maire à faire exécuter d'office les travaux aux frais des contrevenants. La dépense qui en résulte

est garantie par un privilège sur les revenus de l'immeuble.

La loi donne en outre aux communes le pouvoir de faire des expropriations d'ensemble pour cause d'insalubrité.

Les dispositions de la loi qui visent à éviter la propagation des maladies contagieuses sont la vaccination antivariolique, la déclaration médicale et la désinfection obligatoire.

La vaccination antivariolique est rendue obligatoire au cours de la première année de la vie ainsi que la revaccination au cours de la onzième et vingt et unième année.

La déclaration et la désinfection sont prescrites de façon obligatoire pour la fièvre typhoïde, le typhus, la variole, la scarlatine, la rougeole, la diphtérie, la suette militaire, le choléra, la peste, la fièvre jaune, la dysenterie, les infections puerpérales et l'ophtalmie des nouveaux-nés, la méningite cérébro-spinale. Elles sont facultatives pour certaines autres maladies telles que la tuberculose, l'érysipèle, la lèpre.

La déclaration est imposée au médecin, officier de santé ou sage-femme qui constate la maladie.

Si, malgré ces modes de défense, une épidémie d'une gravité inusitée éclate qui menace tout ou partie du territoire ou s'y développe, un décret du président de la République détermine, après avis du

Comité consultatif d'hygiène de France, les mesures de prophylaxie propres à en arrêter la contagion.

Le titre II de la loi a trait à l'organisation sanitaire.

Dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus et dans les communes d'au moins 2.000 habitants, qui sont le siège d'un établissement thermal, il doit être institué, sous le nom de bureau d'hygiène un service municipal chargé, sous l'autorité du maire de l'application de la loi.

Les départements sont divisés en circonscriptions sanitaires pourvues chacune d'une commission sanitaire. Il y a, en outre, dans chaque département un conseil départemental d'hygiène.

Ce sont les conseils généraux qui constituent et réglementent les services de l'hygiène publique dans leur département, et qui organisent, s'il y a lieu, un service de contrôle et d'inspection.

Telles sont, brièvement rappelées, les dispositions essentielles de la loi. Encore qu'on puisse leur reprocher d'être imparfaites, du moins contiennent-elles d'heureuses prescriptions qui permettent d'organiser une protection très efficace de la santé publique.

Malheureusement, la loi de 1902 n'a été que très insuffisamment appliquée. « Chacun s'ingénie à la paralyser, disait M. Clemenceau, en 1907..... Nous aurons un rude effort pour faire jouer et vivre la loi. » Et dans ses remarquables rapports de l'inspection générale des services d'hygiène de 1908 et 1909,

rapports qui traitent l'exécution des mesures édictées et le fonctionnement des services institués par la loi de 1902, M. Bluzet déclare : « La mise en œuvre de la nouvelle législation est encore loin de répondre aux vœux du législateur, et aux exigences les plus manifestes de la protection sanitaire de notre pays. »

Des difficultés de tous ordres ont fait obstacle à sa complète application. Ce sont, dit M. Bluzet, « l'indifférence et le défaut d'éducation sanitaire de la plus grande partie de la population, l'inertie trop fréquente des pouvoirs locaux, le peu d'empressement de certains membres du corps médical, l'extrême complexité des mesures que comporte l'exécution des prescriptions légales et la nécessité de les déterminer par des règlements multiples ; l'insuffisance enfin de certains moyens d'action prévus par la loi ».

Toutes ces causes réunies ont entravé la mise en vigueur effective de la loi. Dans la majorité des villes, dans presque toutes les campagnes, elle est restée lettre morte.

Dans quelques grands centres, on a tenté de sérieux efforts, mais il n'y a à dire vrai, qu'à Paris que la loi a reçu pleine application. Des mesures spéciales s'imposaient, au reste, pour une ville que les étrangers traversent sans cesse, où la vie est particulièrement intense, où la population resserrée est sans cesse exposée à la contagion. Paris a devancé le législateur. Grâce à son régime administratif spécial

et aux efforts éclairés de son Conseil municipal, l'hygiène publique y a été poursuivie résolument. Paris peut nous servir de modèle.

L'essai que nous nous proposons, affectant une forme strictement réglementaire, serait sec et sans vie. Pour lui donner plus de vigueur, nous l'illustrerons par l'exemple de Paris. Nous montrerons plus spécialement ce qui a été fait pour combattre les maladies évitables, et nous tâcherons de dégager quel doit être à un point de vue général le rôle de l'administration.

Dans notre première partie, nous avons examiné la question de la défense de nos frontières contre les maladies venues du dehors. Nous allons dire maintenant la lutte contre les maladies qui se développent à l'intérieur de notre territoire.

Cette lutte consiste : d'une part, à éviter l'éclosion des foyers d'infection en poursuivant l'assainissement des localités (amenée d'eau pure, évacuation des matières usées, salubrité des maisons et de leurs dépendances, des voies privées) ; d'autre part, à éviter la propagation des maladies contagieuses. (les modes de défense prophylactique sont la vaccination, la déclaration des maladies avec, comme conséquences logiques, la désinfection et l'isolement).

Cette division indique la marche de notre développement.

PREMIÈRE SECTION

LES MESURES QUI TENDENT A ÉVITER LA FORMATION DES FOYERS D'INFECTION

CHAPITRE PREMIER

L'EAU

La bonne qualité des eaux est une condition essentielle pour assurer l'assainissement des localités. La science a fait ressortir les dangers que l'eau malsaine entraîne pour la santé publique : les maladies épidémiques y trouvent leur germe, et notamment la typhoïde, le choléra la dysenterie.

La typhoïde cause en France de véritables ravages. L'année dernière, à la tribune de l'Académie de médecine, la discussion sur l'origine et les modes de propagation de ce fléau a pris une ampleur remarquable. Et de ce débat est ressortie la conclusion que M. Brouardel posait en 1887 et que soutenait la doctrine française : l'air, les linges du malade véhiculent la typhoïde ; le lait, les huîtres sont suscep-

tibles de porter la contagion. Mais ce ne sont là que des « facteurs mineurs » ; l'eau souillée est la principale cause. « Elle fait 90 victimes ; les autres réunies font à peine 10 (1). »

Les statistiques, au reste, prouvent que la mortalité par fièvre typhoïde diminue là où de sérieux travaux assurent à la population une eau potable. M. Vincent (2) a cité des chiffres concluants. A Vienne, la typhoïde a causé de 1881 à 1885, 18 décès par 10.000 habitants. Depuis les grands travaux qui y portent de l'eau pure, la mortalité est tombée à 6 pour 10.000. Il en de même à Londres où la proportion est descendue de 17,7 à 5,3, à Glasgow de 25,2 à 8,8.

Le Dr Delorme a emprunté les statistiques militaires qui sont rigoureuses pour montrer l'évolution de la typhoïde durant quatre périodes quinquennales de 1888 à 1907. La morbidité typhoïdique est, pendant la première période :

A l'intérieur, de 9,5 pour 1000.

En Algérie et Tunisie de 25,4.

Pendant la deuxième période (1893-1897) :

A l'intérieur de 6,5 pour 1000.

En Algérie et Tunisie de 25,9.

M. Thoinot, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 15 février 1910.

2. Même bulletin.

Pendant la troisième période (1897-1903) :

A l'intérieur de 5,6 pour 1000.

Pendant la quatrième période :

A l'intérieur de 4,49 pour 1000.

En Algérie et Tunisie de 14,65 pour 1000.

Statistiques particulièrement intéressantes. Ces quatre périodes correspondent à la lutte hydrique qui fut entreprise. La typhoïde a donc pu être réduite de moitié grâce à l'amélioration de l'eau de boisson.

De nombreuses villes ont entrepris et font exécuter des ouvrages dans ce but ; la morbidité typhoïdique y diminue. Dans les campagnes malheureusement, l'eau est trop souvent exposée à toutes les souillures, à toutes les contaminations. Lors de la discussion de la loi de 1902, M. Monod jetait le cri d'alarme. Il dénonçait l'ignorance, l'inertie, le mauvais vouloir des milieux ruraux : les sources qui ne sont pas couvertes, les fontaines, les puits pollués par le voisinage des lavoirs, les infiltrations des purins, et comme conséquences la contamination du lait, des boissons. Il soulevait à nouveau la question des fontaines situées sur le fonds d'un particulier et dont ce dernier avait l'entière disposition. Il demandait enfin que l'on définit les droits des habitants à l'usage des eaux dont ils jouissaient souvent de temps immémorial et que l'on facilitât aux communes l'acquisition des sources situées sur leur territoire.

Avec l'ancien article 641 du Code civil, la source appartient au propriétaire du fonds sur lequel elle jaillit. Celui-ci peut en user à sa volonté, l'absorber toute entière dans un intérêt d'irrigation ou autre. Système illogique, a-t-on fait remarquer (1) ; pourquoi donc le propriétaire foncier qui n'a pas la propriété des eaux courantes superficielles, a-t-il celle d'une source qui peut avoir un débit important, et qui souvent ruisselle sur terre à la surface ?

La loi de 1898 remédia à ce système et décida que dans le cas où la source offrait le caractère d'eau publique et courante, le propriétaire ne pouvait plus la détourner de son cours naturel au préjudice des usagers inférieurs. Le droit de réglementation de l'autorité administrative apparaît. Là même où la source, peu abondante, reste la propriété de celui à qui appartient le fonds, ce dernier ne peut plus en user « de manière à enlever aux habitants d'une commune, village ou hameau l'eau qui leur est nécessaire ». Servitude qui vient restreindre singulièrement le droit de propriété. La législation apparaît comme protectrice des droits de la collectivité. En 1902, cette tendance s'accuse : « Le décret déclarant d'utilité publique le captage d'une source pour le service d'une commune, déterminera, en même temps que les terrains à acquérir en pleine propriété, un

1. En ce sens M. Planiol.

périmètre de protection contre la pollution de ladite source. »

C'est là une innovation importante qui fait exception au principe d'après lequel on ne peut s'emparer d'un droit d'usage ou de servitude sans s'emparer en même temps du fonds total. Le propriétaire du fonds où se trouve la source, subit (moyennant indemnité) une véritable servitude : il lui est interdit d'épandre sur les terrains compris dans le périmètre des engrais humains et d'y forer des puits.

Le législateur a considéré, à juste raison que pour une commune la conservation d'une source était chose d'intérêt général, et qu'il importait, tout en respectant le droit du propriétaire, de le restreindre dans certains cas.

Il est particulièrement intéressant de rappeler la lutte qui a été entreprise par la Ville de Paris contre l'eau insalubre. Longtemps, la typhoïde a ravagé Paris. En 1879, elle y causait 1.121 décès ; en 1880, 2.003 ; en 1882, 3.214, soit une proportion de 143 pour 100.000 habitants.

C'est en 1885 que le professeur Chantemesse démontra qu'à chaque distribution d'eau de Seine à Paris correspondait une poussée de fièvre typhoïde. Vers la même époque, il trouvait le bacille typhique dans l'eau d'un puits de Pierrefonds autour duquel une petite épidémie avait causé des ravages ; puis,

de nombreuses observations faites par différents médecins établirent le danger des eaux d'alimentation polluées. Aussi la ville de Paris entreprit-elle, en 1899, des études de longue haleine qui permirent de reconnaître les causes de contamination des diverses sources captées pour son usage, et d'y remédier par une série de procédés.

Ces contaminations, causées par des souillures du sol qui parviennent jusqu'à la nappe souterraine, sont décelées par l'examen géologique, l'analyse bactériologique ou chimique, et, d'une manière plus sensible aux yeux, à l'aide d'expériences à la fluorescéine.

Ces communications peuvent se faire à très longue distance. Aux sources de la Vanne, par exemple, des puisards à fond perdu d'une trentaine de mètres de profondeur recevaient les eaux usées d'un haras où habitaient un certain nombre d'entraîneurs et leur famille. La fièvre typhoïde sévissait parmi eux. Les germes allèrent infecter en aval la source du Miroir qui alimente Paris ; une expérience à la fluorescéine démontra la communication matérielle : le colorant placé dans les puisards apparut, dix jours après, au Miroir qui est situé à plus de dix kilomètres en aval.

La commission de perfectionnement de Montsouris, présidée par M. Duclaux, ayant constaté l'extrême difficulté de supprimer les points de péné-

tration par lesquels les contaminations sont possibles dans les régions des diverses sources captées (Vanne, Avre, Dhuys, Loing et Lunain) essaya d'appliquer un moyen nouveau de lutte. « Au lieu de surveiller le bacille typhique à son arrivée dans l'eau de source ou au moment de son passage à l'octroi, déclara M. Duclaux, on peut essayer de le saisir à son point de départ là où sa nature n'est pas douteuse, au moment où il sort de l'intestin du typhique. »

Cette manière de voir était appuyée par le Dr Roux. Les études et la prophylaxie nouvelle commencèrent en 1899. Ses premiers résultats furent particulièrement intéressants et le préfet de la Seine, M. de Selves, créa par arrêté du 14 mai 1900 le service de surveillance médicale et locale des sources.

L'alimentation de Paris en eau potable est assurée par les sources de la Vanne, de l'Avre, du Loing et Lunain, de la Dhuys. Ces eaux sont surveillées, d'une part au moyen de l'observation du périmètre d'alimentation (c'est l'œuvre des médecins et des géologues), d'autre part, grâce à la surveillance des sources (les laboratoires font les analyses physiques et bactériologiques).

C'est grâce au concours actif des médecins exerçant dans la région des eaux qu'a pu être organisé le service de surveillance et de prophylaxie préventive.

Aussitôt qu'un de ces praticiens reconnaît un cas

de typhoïde, il avertit le service de surveillance médicale de Paris. Celui-ci se rend immédiatement sur place, s'enquiert des conditions dans lesquelles la maladie est née, organise ou complète les mesures de prophylaxie prises autour du malade (1).

1. « L'expérience et la pratique journalière m'a montré, disait le Dr Henry Thierry à la réunion des directeurs des services d'hygiène à l'institut Pasteur (nov. 1909), que l'application rigoureuse de cette prophylaxie antityphique, précoce et permanente, rend inutile la désinfection finale.

» Mais, disait-il, j'ai hâte d'ajouter et je tiens à le proclamer : pareil résultat ne peut être obtenu qu'avec la collaboration étroite du médecin traitant. Cette grande organisation d'hygiène rurale qui défend Paris contre la fièvre typhoïde et se tient sur ses gardes vis-à-vis de la dysenterie et du choléra, s'étend sur de vastes territoires : bassins de l'Avre, de la Dhuys, du Loing, de la Vanne (celui du Loing et Lunain, par exemple, à 1.500 kilomètres carrés). Elle repose sur le concours, sans exception, des 60 à 70 médecins praticiens de ces régions. La ville de Paris possède un laboratoire local dans chacun des bassins de sources, destiné à l'analyse journalière des eaux et à l'examen bactériologique utile au dépistage des cas suspects, séro-diagnostics, etc. Le personnel de ces laboratoires, d'un dévouement exceptionnel, aide sur place à l'exécution des désinfections.

» Tout en dirigeant de très près dans ses détails la prophylaxie de chaque cas particulier et l'orientation hygiénique ainsi que les décisions qui en découlent, le service de surveillance ne se présente au public que comme l'auxiliaire du médecin traitant.

» Les mesures nécessaires sont exposées d'abord à ce dernier avec examen détaillé des contaminations à redouter, variables, suivant chaque cas. Le plus souvent, c'est le médecin qui les propose à la famille. De cette manière, ces mesures parfois gênantes et difficiles à faire exécuter sont plus aisées à faire accepter. C'est dire que la *méthode persuasive* seule est employée.

» D'autre part, au médecin traitant peut revenir ainsi en partie le bénéfice moral des avantages matériels que son client, les

L'intervention du géologue devient alors nécessaire. Selon la nature du terrain, en effet, les germes de la contagion (déjections, eaux souillées), peuvent s'infiltrer plus ou moins facilement et aller souiller la nappe d'eau. Les comptes rendus annuels du service de surveillance montrent que dans presque tous les cas de typhoïde constatés, il y a eu souillure d'une nappe d'eau, d'un puits par infiltration de fosses d'aisances et de fumiers.

Lorsque le terrain est peu perméable les eaux de pluie glissent sur le sol ; elles grossissent les ruisseaux, les font parfois déborder. Alors, il importe de connaître l'endroit où ces ruisseaux charriant les impuretés du sol ont pu venir se perdre.

La surveillance technique se combine avec les travaux d'assainissement. Les ingénieurs du service des eaux font les travaux nécessaires pour empêcher la maladie d'être propagée par l'eau. Tantôt il faut épurer l'eau avant qu'elle n'arrive à la

parents, les voisins, le village entier retire de la protection dont la Ville de Paris fait tous les frais. Et j'entends par là non seulement les frais du petit assainissement, c'est-à-dire de désinfecteurs et de désinfectants, manœuvres pour nettoyage et désinfection de puits, achat et destruction de fumiers, vidange, transports, etc., mais aussi les frais de grand assainissement, tels que travaux de curage, création d'égouts ou pavage de fossés d'évacuation, étanchement de pertes et bétoures, dallage de ruisseaux poreux, construction de lavoirs, etc., qui transforment une ferme ou un village. »

nappe, tantôt il faut mettre telle source en décharge.

Ce sont là des mesures d'urgence ; elles ne sont prises que lorsque la surveillance préventive a été insuffisante.

Cette surveillance s'exerce de façon journalière. Le service est tenu au courant de toutes les installations d'industries insalubres, fabriques de produits chimiques, dépotoirs, teintureries, susceptibles d'envoyer à la nappe des eaux résiduaires nocives. Si ces établissements se trouvent dans le périmètre d'alimentation, il veille à prévenir les causes de contamination qui pourraient résulter de leur voisinage. Les lavoirs, les aqueducs sont aussi surveillés de façon étroite.

La bonne qualité des eaux de source est vérifiée par des analyses physiques et bactériologiques qui sont effectuées par les laboratoires situés dans le voisinage des sources. Des recherches sont faites tous les jours pour certaines sources. Des piétons en prélèvent des échantillons. En outre, des observateurs spéciaux, trois dans la région des sources de la Vanne, deux aux sources du Loing, un aux sources de l'Avre, un à la Dhuys parcourent à dates fixes une partie du périmètre difficile d'accès ; ils surveillent tout ce qui a trait à l'hydrologie, visitent les aqueducs et s'enquièreent de tous les cas de maladies suspectes.

Le laboratoire de chimie et de micrographie de

Montsouris examine les eaux au débouché des aqueducs et dans Paris.

Les efforts entrepris par la Ville de Paris étaient à souligner. Ils n'ont pas été inutiles comme on le voit d'après le tableau ci-dessous :

Années	Décès par typhoïde
1899.....	803
1900.....	912
1901.....	363
1902.....	359
1903.....	298
1904.....	353
1905.....	240
1906.....	309
1907.....	267
1908.....	227
1909.....	259

La situation s'est améliorée. La substitution de l'eau de rivière filtrée à l'eau de rivière brute a eu d'heureux résultats. Dans la banlieue de Paris notamment, de 1895 à 1908, la morbidité typhoïdique se maintient au taux moyen annuel de 5,6 pour 10.000 habitants. Jusqu'en 1906, sept communes : Gennevilliers, Asnières, Bois-Colombes, Courbevoie, Nanterre et Suresnes, faisaient exception avec un taux de 17 à 26,6. En 1906, on substitua à l'eau de Seine prise à Suresnes de l'eau filtrée. Immédiatement, la mortalité diminua. Une seule commune

reste irréductible : Gennevilliers qui n'a pas de canalisation et qui est voisine des champs d'épandage. L'eau y est sans cesse contaminée (1).

Les bassins filtrants fonctionnaient jadis d'une façon imparfaite ; ils étaient trop souvent surchargés aux époques de sécheresse. L'usine de Saint-Maur, la plus ancienne, comprenait en 1900, 6 filtres de 1.600 mètres carrés capables de fournir normalement 25.000 mc. par vingt-quatre heures ; celle d'Ivry comprenait 16 filtres de 900 mètres carrés capables de fournir 35.000 mètres cubes d'eau filtrée. Ce sont là les quantités indiquées par une notice de M. Bechmann en 1900. « Elles supposent, nous dit M. Moreau dans un rapport qui date de 1906, que tous les filtres marchent à une vitesse maxima. En réalité, il faut rabattre environ 30 o/o pour faire face aux non-valeurs provenant des réparations, rechargements, nettoyages et périodes de saturation ; les machines élévatoires calculées sur un débit de 25.000 ou 35.000 mètres cubes sont alors dans l'impossibilité de fonctionner dans des conditions économiques et pratiques. »

La Ville de Paris ne pouvait se désintéresser de cette situation. Des procédés de filtrage furent mis à l'étude. Le Dr Miquel, notamment, a fait d'intéressantes expériences sur les filtres à sec qui permettent

1. M. Thoinot, *Bulletin Académie de médecine*, 15 février 1910.

de traiter les eaux de source réfractaires aux filtres submergés.

Mais il est reconnu que la filtration est insuffisante, qu'elle ne retient pas tous les microbes contenus dans l'eau. Berlin qui filtrait les eaux de la Sprée use maintenant des eaux souterraines. Saint-Pétersbourg a renoncé aux filtres pour recourir à la stérilisation par l'ozone. La Ville de Paris fait le nécessaire pour expérimenter en grand ce procédé. A cet effet, le préfet de la Seine a saisi le Conseil d'hygiène publique et de salubrité d'un projet de stérilisation par l'ozone des eaux de la Marne filtrées sur les bassins à sable de l'usine de Saint-Maur. Chargé de rapporter le projet, le Dr Roux, à la séance du 5 mars 1909, a montré que l'alimentation journalière en eau de source de la Ville de Paris (elle varie entre 210.000 et 290.000 mc.) était insuffisante aux moments de grande consommation, et aussi de septembre à décembre, époque pendant laquelle le débit des sources est le plus faible. En outre, à la suite des grandes pluies, certaines sources deviennent troubles ; il faut les mettre en décharge, et le service privé est alimenté par de l'eau de rivière filtrée.

L'alimentation en eau est notoirement insuffisante. L'administration se propose d'y remédier en augmentant l'approvisionnement en eau de source. Mais, comme le fait remarquer M. Roux, c'est là œuvre d'avenir. En attendant des captations de sources

nouvelles, il donne un avis très favorable au projet de l'administration, qui permettrait de stériliser 45.000 mètres cubes d'eau par jour. De la sorte il serait possible de fournir au service privé les 90.000 mc. d'eau potable qui lui sont nécessaires.

A la suite de ses discussions sur les origines de la fièvre typhoïde et de ces modes de propagation, l'Académie de médecine ayant conclu que l'infection de l'eau en est la cause prédominante, a émis des vœux susceptibles de diriger la prophylaxie. Le rôle de l'administration s'y trouve en quelque sorte tracé :

1° L'Académie émet à nouveau que les autorités assurent aux populations une eau de boisson hygiéniquement pure ;

2° Le périmètre d'alimentation des sources, les captages, les réservoirs, les canalisations doivent être surveillés par les autorités sanitaires ;

3° Le fonctionnement des appareils d'épuration des eaux potables doit être soumis à un contrôle permanent ;

4° L'épandage des matières fécales humaines étant surtout une cause de contamination des eaux comme de souillure des légumes et des fruits poussant au ras du sol, l'épandage doit être réglementé ;

5° Dans les milieux ruraux, la pollution des eaux de puits par les infiltrations de purins étant fréquente, la contamination du lait et de certaines

boissons en résulte trop souvent. Les règlements sanitaires pris par le maire en exécution de la loi du 15 février 1902 devraient remédier à ces causes d'insalubrité. L'autorité préfectorale a le devoir de veiller à l'exécution desdits règlements ;

9° C'est aux conseils départementaux d'hygiène, aux inspecteurs départementaux d'hygiène qu'il appartient de conduire la lutte antityphique dans toute l'étendue du territoire ;

10° Les laboratoires hospitaliers, ceux des bureaux municipaux d'hygiène seront d'un précieux concours dans cette entreprise : en contrôlant la salubrité des eaux, en aidant les médecins à établir le diagnostic précoce des infections typhiques comme à rechercher les porteurs latents de germes ;

11° Il est désirable qu'il soit créé des stations bactériologiques dans les départements qui, en étant dépourvus, manquent de toute espèce de moyens d'information sans lesquels ne peuvent efficacement s'exercer la police sanitaire municipale et départementale.

Ce sont là des règles excellentes qu'il faut mettre en pratique. Il serait bon que dans tous les départements les conseils départementaux ou les commissions sanitaires vérifient de façon méthodique la provenance, le mode de protection et la qualité des eaux de consommation. Tout captage devrait être précédé de l'enquête prévue par la circulaire minis-

térielle du 10 décembre 1900. Cette enquête sera très utilement conduite suivant les règles posées par MM. Henry-Thierry et Martel (1) : reconnaissance des terrains qui forment le périmètre d'alimentation..., l'émergence doit être placée en amont, au-dessus des agglomérations humaines. La source captée « dans son gisement géologique, c'est-à-dire le plus profondément possible, dans la couche même de terrain où elle circule souterrainement. A la canalisation à ciel ouvert qui permet toutes les contaminations, il faut préférer la canalisation faite en tuyaux de ciment qui évite les pertes et les infiltrations.

Toutes ces formalités sont coûteuses, l'établissement du périmètre de protection notamment selon la disposition topographique, il conviendra parfois que ce périmètre ne soit pas inférieur à plusieurs hectomètres de rayon. L'expropriation est onéreuse, et souvent la cession à l'amiable est impossible.

L'État doit venir au secours des communes et les aider pécuniairement. M. Montaut, en 1892 demandait que les communes fussent autorisées à contracter des emprunts pour effectuer les travaux nécessaires de captage, dérivation et adduction d'eaux potables. L'État aurait donné des subventions de natu-

1. *Annales du ministère de l'Agriculture.*

re à permettre en partie le service annuel de l'intérêt et de l'amortissement.

Cette proposition n'a pas abouti, mais la loi des finances du 31 Mars 1903 a autorisé le ministre de l'Agriculture à faire exécuter ces travaux quand ils sont argents, au moyen de prélèvements sur les fonds du pari mutuel aux courses. Un décret du 6 novembre 1903 et une circulaire du 1^{er} octobre 1904 ont réglementé l'attribution de ces subsides. De 1903 à 1909, 1360 communes ont été subventionnées. Le chiffre total de ces subventions s'est élevé à 15.200.673 francs.

Les eaux potables doivent être défendues contre toutes les causes de contamination. C'est une condition essentielle de défense sanitaire.

A l'heure actuelle, presque tous nos cours d'eau sont pollués ; dans toute l'étendue de la France, on y déverse les matières usées, purins, résidus industriels, produits des latrines. L'eau, chargée ainsi de toxiques de germes pathogènes est corrompue d'une façon effrayante, et on s'en sert pour les usages ménagers, on y lave le linge. Les dangers qui résultent de ces pratiques sont constants. En 1908, l'épidémie de fièvre typhoïde de Saint-Brieuc fut causée par des linges appartenant à un typhique qui furent lavés dans le voisinage des sources qui alimentent la ville. Les exemples pourraient être multipliés. Dans

le Nord, on déverse dans les rivières des résidus industriels particulièrement nocifs. C'est ainsi que la Deule, la Marque et la Lys ont infecté Lille et sa banlieue.

On a objecté : les rivières se purifient petit à petit, elles s'épurent. Ce phénomène ne s'effectue qu'au bout d'une assez longue distance.

M. Martel a posé l'alternative en termes frappants : « Ou bien, dit-il, il faut renoncer à employer les cours d'eau pour l'alimentation des hommes et des animaux, l'arrosage et le lavage des légumes, ou bien recourir à des mesures légales pour interdire les pollutions qui se pratiquent actuellement avec les plus condamnables excès. »

Il y a là une question d'intérêt général (1). En 1908, le Congrès national des travaux publics émettait le vœu que « les pouvoirs publics veuillent bien prendre les mesures nécessaires pour contraindre les municipalités à assurer l'assainissement des villes ;

1. Les associations de pêcheurs peuvent rendre de très grands services à la cause de la protection des cours d'eau. La Société de Baccarat a obtenu devant le tribunal de St-Dié, puis devant la Cour d'appel de Nancy le 1^{er} décembre 1909, la condamnation d'un chef d'établissement de papeterie et de deux ouvriers, qui avaient évacué dans la Meurthe des eaux de lavage contenant du résinate de soude. La Meurthe charriait des centaines de kilos de poissons morts. La poursuite, intentée en vertu de l'article 5 de la loi du 15 avril 1829, aboutit à une condamnation à deux mois de prison et 60 francs d'amende avec sursis et 4.000 francs de dommages et intérêts.

ces mesures pouvant être soit des prescriptions formelles et impératives, soit des prohibitions, notamment en ce qui concerne le déversement des eaux polluées sans épuration préalable, déversement qui devra être interdit partout où il ne sera pas reconnu inoffensif ».

En Angleterre, une loi de 1865 interdit de déverser dans les cours d'eau les eaux d'égouts qui n'auraient pas été préalablement épurées.

CHAPITRE II

LES MATIÈRES USÉES

L'assainissement d'une localité ne peut être poursuivi que si on en éloigne toutes les causes d'insalubrité. Du fait même de la vie, des matières usées, des résidus organiques sont produits chaque jour. Très vite, ils se corrompent et vicient l'air. L'homme ne peut vivre au milieu de ses déjections ; c'est la première tâche de l'hygiéniste de faire disparaître ce foyer d'infection.

La loi de 1902 dispose que le maire doit prendre, dans son arrêté sanitaire, les prescriptions relatives à l'évacuation des matières usées. L'exposé des motifs du projet initial indiquait qu'il devait notamment prévoir les dispositions relatives aux cabinets d'aisance, aux tuyaux d'évacuation des eaux ménagères, aux branchements d'égout, etc. Ce sont là les trois dispositions essentielles que visent les règlements sanitaires.

Les prescriptions relatives à l'évacuation des

matières fécales sont particulièrement importantes pour la santé publique.

Longtemps, on eut recours à des procédés simplistes tels que les fosses à fond perdu, les tinettes mobiles ou filtrantes ; l'enlèvement des vidanges était effectué de façon primitive, à l'aide de seaux et de tonneaux. Ces pratiques étaient funestes et contraires à l'hygiène.

C'est à partir de 1882 que l'on s'occupa de façon active de rechercher le mode d'évacuation le plus conforme aux lois de l'hygiène. L'écoulement direct à l'égout « mettant l'eau dans la maison et la vidange dehors » parut seul susceptible d'assurer la salubrité ; et, en 1894, une loi spéciale vint prescrire que les propriétaires des immeubles situés dans les rues pourvues d'un égout public « étaient désormais tenus d'écouler souterrainement à l'égout les matières solides et liquides des cabinets d'aisances ».

Dans un délai de trois ans, les anciennes maisons devaient être transformées et aménagées suivant le système du tout-à-l'égout.

Malheureusement, la loi ne faisait que poser le principe. Elle ne prescrivait pas de mesures d'exécution, et ne renvoyait pas pour les déterminer à un règlement d'administration publique. En vain le préfet de la Seine voulut-il poursuivre l'application du tout-à-l'égout et citer les contrevenants en simple

police (1). Les tribunaux déclarèrent qu'il avait outrepassé ses pouvoirs, et que la loi n'ayant pas édicté de sanction, l'autorité municipale ne pouvait intenter de poursuite en vertu de l'article 471 § 15 du Code pénal qui vise les règlements légalement faits par l'autorité administrative.

Avec la loi de 1902, la question s'est à nouveau posée. D'aucuns ont soutenu que le maire trouvait dans l'article 1^{er} le droit de prescrire le tout-à-l'égout, et de le réglementer d'une façon des plus précises.

Au point de vue des immeubles à construire, il n'y a pas de doute possible. Le permis de construire doit comporter l'installation de l'écoulement direct.

Pour les immeubles déjà construits, la doctrine et la jurisprudence sont fixées en sens contraire.

Un jugement du tribunal correctionnel de Versailles du 26 janvier 1905 a décidé que s'il appartenait au chef de l'administration municipale d'ordonner les mesures de police que peuvent exiger les intérêts de la salubrité publique, il ne saurait sans excès de pouvoir déterminer lui-même la nature et l'importance des travaux qui doivent être effectués, en prescrivant un moyen exclusif de faire disparaître les causes d'insalubrité alors d'ailleurs qu'il peut en

1. Les contrevenants étaient cités pour inexécution de l'arrêté préfectoral qui avait dressé et déterminé la liste des voies où l'écoulement direct était obligatoire.

exister d'autres aussi efficaces et moins contraires au droit de propriété.

La jurisprudence dernière a été fixée par deux arrêts du Conseil d'État du 5 juin 1908, et 24 février 1911.

L'arrêt du 5 juin 1908 consacre une extension des pouvoirs de l'autorité municipale (1). Il décide en effet que le règlement sanitaire peut définir les mesures et indiquer les installations jugées nécessaires dans l'intérêt de la santé publique. Il souligne que « la circonstance que les articles 12 à 14 de la loi prévoient une procédure spéciale pour faire, dans chaque cas particulier, disparaître les causes d'insalubrité existant dans un immeuble déterminé, ne saurait faire échec au droit qui découle de l'article premier, pour l'autorité municipale, d'édicter et de préciser par voie réglementaire les conditions de salubrité auxquelles doit satisfaire la généralité des habitations ».

Le règlement sanitaire s'applique aux immeubles à construire comme à ceux déjà construits. Toutefois, pour ces derniers, les pouvoirs de l'autorité municipale sont moins étendus. Le maire ne peut pas, en principe, prescrire de conditions ayant pour

1. La Chambre syndicale des propriétaires avait déféré au Conseil d'État certaines parties des règlements sanitaires pris en 1904 par le préfet de la Seine et le préfet de police, et notamment plusieurs de celles qui visent l'évacuation des matières usées.

objet de modifier la construction ou l'aménagement des habitations « à moins qu'il ne s'agisse de mesures dont la nécessité est absolument démontrée pour assurer la salubrité publique, notamment de travaux en vue de l'évacuation des matières usées et de l'alimentation en eau potable, lesquelles sont spécialement visées par l'article premier ».

Faut-il en conclure que l'administration municipale étant armée d'une façon toute particulière pour poursuivre l'évacuation des matières usées peut désormais réglementer le tout-à-l'égout ?

Nous ne le croyons pas. Malgré l'extension de la jurisprudence que consacre cet arrêt, au point de vue spécial qui nous occupe, la jurisprudence reste la même : l'écoulement direct du tout-à-l'égout ne peut être poursuivi en vertu des prescriptions du règlement sanitaire que si le mode de vidange d'une maison étant notoirement insuffisant, il est démontré que la nécessité s'impose d'y installer à la place le tout-à-l'égout parce que c'est là le seul procédé capable en l'espèce de remédier à l'insalubrité (1).

L'épuration des eaux d'égout est assurée par plusieurs procédés. Les principaux sont l'épuration

1. Au 30 août 1909, on comptait 80.000 maisons à Paris : 44.500 seulement ont le tout-à-l'égout. Les autres sont desservies par 30.300 fosses fixes ; 12.000 appareils diviseurs ; 8.500 appareils mobiles.

chimique, l'épuration biologique par le sol, l'épuration artificielle par voie biologique.

Le premier, employé depuis cinquante ans est en discrédit. L'emploi des réactifs (sels de fer, de chaux) destinés à précipiter les impuretés est coûteux ; les résultats en sont médiocres. On s'arrête communément aux deux autres systèmes.

L'épandage, essayé pour la première fois en Écosse vers la fin du xviii^e siècle, puis expérimenté en Angleterre a été employé par la ville de Paris depuis le vote de la loi 1894. Le procédé est le suivant : Le sol épure les eaux souillées ; il les débarrasse des germes et retient les microbes. Ces derniers « décomposent les matières organiques qu'apportent les eaux d'égout ; le carbone est transformé en acide carbonique, l'azote en nitrate, le soufre en sulfate. L'eau débarrassée des matières est devenue imputrescible » (1).

C'est un mode qui est très simple et qui est économique. Mais, pour sa réalisation, il exige à la fois de grandes étendues, un sol de préférence sablonneux, perméable, et des conditions de climat spéciales.

Il est assez rare, surtout avec les conditions de la vie moderne, de trouver aux alentours des grandes villes l'étendue suffisante. Si le terrain est éloigné, les frais de canalisation deviennent très onéreux. En

1. Ch. Rouchy, *Épuration des eaux d'égout*.

outre le déversement des eaux chargées de matières fécales n'est pas sans danger pour les champs de culture.

Les légumes risquent d'être corrompus par ce contact (1).

On traite plus communément les eaux d'égout par la troisième méthode, dite biologique artificielle.

Les eaux sont amenées sur un sol spécialement aménagé, formé de matériaux perméables, de corps poreux qui retiennent les matières organiques ; puis, sous l'action de l'épandage, interviennent les microbes qui désintègrent ces matières.

L'avantage de ce procédé est certain. Il n'exige pour être mis en œuvre qu'une surface relativement restreinte ; d'autre part, il n'infecte pas le sol. L'épuration peut être réalisée plus rapidement, puisque le degré d'aération du lit permet d'accélérer l'action microbienne.

Mais, que l'on ait recours à l'épuration artificielle ou à l'épandage, il est bon de faire subir préalablement aux eaux un premier épuration et de les débarrasser par ce traitement préliminaire des matières en suspension. En ce sens on emploie les bassins de sédimentation ou les fosses septiques.

1. Une circulaire du ministre de l'Agriculture du 20 août 1906 a prescrit une inspection du service hydraulique préalablement à toute installation d'épandage.

Vis-à-vis de certaines matières usées dont la stagnation serait particulièrement dangereuse, les matières fécales et les urines, notamment, il importe de recourir à des procédés d'évacuation radicaux.

Or, il est démontré que l'action des agents chimiques est insuffisante quand ces matières n'ont pas été préalablement délayées, et que les procédés d'épuration biologique ne sauraient être employés de façon définitive. L'épandage risque de souiller les végétaux mis en culture et les eaux d'alimentation ; les fosses septiques ne dissolvent que 25 à 30 o/o des matières organiques : une assez forte quantité de boues s'y accumule et dégage de très mauvaises odeurs ; en fait, « ce procédé réalise la première phase de l'épuration biologique : la dissolution des matières solides, mais il n'effectue à aucun degré l'oxydation ou la minéralisation de ces matières dissoutes » (1).

En outre, il est à remarquer que les bacilles y gardent une vitalité assez longue. Dreygorski assure que les bactéries de typhoïde introduites dans des bassins oxydants peuvent y conserver leur vitalité pendant quinze à vingt jours. Celui de la tuberculose, davantage.

Les épurations obtenues à l'aide de ces procédés sont donc insuffisantes. Il est indispensable de recourir à une « destruction prompte et complète des

1. Conclusions de la Commission royale anglaise sur l'épuration des eaux d'égout.

germes contenus dans les matières usées et les ordures dans tout milieu contaminé ou susceptible de l'être » (1).

En 1906, le Congrès de Genève votait, à la suite de communications du Dr Bréchet et M. Philbert, le vœu suivant :

« Dans les hôpitaux, spécialement dans ceux destinés au traitement des maladies contagieuses, les matières solides doivent être détruites immédiatement sur place, de préférence par incinération et sans manipulation, et les matières liquides doivent être stérilisées avant leur sortie de l'hôpital.

» Toutes ces matières doivent être transportées ou conduites de leur point de production à l'usine de destruction et de stérilisation sans déperdition ni dissémination possibles. »

L'incinération et la stérilisation sont les seuls procédés qui assurent la destruction rapide et intégrale des déchets de la vie. Dans certaines villes de l'Amérique du Nord, il y a de multiples installations de cabinets d'aisances reliés à un foyer assurant l'incinération des matières. Cette méthode s'est répandue en Allemagne : à l'hôpital Moabit, à Berlin, les déjections cholériques sont détruites de la sorte (2).

1. Dr Bréchet.

2. Le Dr Bréchet a imaginé un appareil qui réalise très heureusement l'incinération des matières usées solides, des ordures ménagères et des matières fécales.

L'évacuation des matières usées a été trop longtemps négligée en France. Il est saisissant de citer les résultats d'une enquête technique faite de 1908 en vue de l'annuaire de la distribution des eaux, et de les comparer avec ceux d'une enquête analogue faite en Allemagne (1).

Sur les 643 communes de France de plus de 5.000 habitants, 320 n'ont aucun égout ; 257 ont des égouts pluviaux de vieux modèles qui ne reçoivent pas les matières fécales et 66, soit 10 0/0, appliquent plus ou moins complètement tout à l'égout.

Pour l'épuration des eaux d'égouts, Paris et Reims sont les seules villes qui appliquent en grand l'épandage agricole. Vingt-sept autres villes irriguent des prairies. Rambouillet, Toulon, Tourcoing, Trouville font l'épuration biologique ; Marseille, Nice, Cannes déversent en mer ; enfin les autres villes déversent dans les cours d'eau sans épuration.

En Allemagne, 256 villes sur 716, soit 36 0/0 appli-

1. Rapports de M. Imbeaux et du Dr Salomon, *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, octobre 1909.

quent le tout à l'égout, 138 villes s'y préparent. Lorsque les projets seront exécutés, la proportion montera à 55 o/o. Depuis 1890, des efforts considérables ont été entrepris ; on compte de 1890 à 1907 237 villes qui ont été partiellement assainies.

La comparaison est peu flatteuse pour la France.

Toutefois, il importe de signaler les progrès qui ont été faits depuis deux ans. On compte, en 1910, 32 installations qui fonctionnent, 21 sont à peu près terminées.

Une loi du 15 juin 1907 a très heureusement décidé que grâce à un prélèvement de 15 o/o effectué sur le pari mutuel, des subventions peuvent être accordées aux œuvres d'assistance et d'hygiène. Cette loi qui vient en aide aux communes leur permet de poursuivre plus effectivement l'assainissement de leurs localités.

Les municipalités désireuses d'obtenir un secours doivent soumettre leurs projets à l'approbation du conseil supérieur d'hygiène. C'est là une excellente prescription.

Déjà l'article 21 et l'article 25 de la loi de 1902 édictaient que le Conseil supérieur d'hygiène, les conseils départementaux et les commissions sanitaires devaient être consultés sur les travaux publics d'assainissement à effectuer, notamment sur les modes d'évacuation des eaux d'égout. Or, nous lisons dans

une étude de MM. Calmette et Masson (1), que « la plupart des projets d'assainissement et les dispositifs d'épuration récemment soumis à l'examen des conseils d'hygiène, bien qu'établis en apparence conformément aux données scientifiquement admises, fournissent après leur réalisation des résultats défectueux, et, loin d'améliorer les conditions de salubrité des localités et des cours d'eau, ils constituent au contraire de très réels dangers pour la santé publique ».

Il importe donc d'organiser un contrôle sérieux. En ce sens, le rapport de l'inspection des services administratifs, formule les propositions suivantes (2) :

1° Un visa *ne varietur* doit être apposé sur les plans approuvés par le conseil supérieur d'hygiène, en vue de constituer une base certaine pour les vérifications ultérieures.

2° Le contrôle de l'exécution des travaux serait confié au conseil départemental d'hygiène, « sans préjudice de celui qui pourrait être exercé par d'autres autorités à d'autres titres, notamment en raison de l'octroi de subvention sur le produit du pari mutuel ou des jeux ».

Les travaux terminés, un membre du conseil

1. Rapport lu et approuvé au Conseil supérieur d'hygiène de France.

2. Rapport sur l'année 1908. M. Bluzet, rapporteur.

départemental présenterait un rapport après avoir vérifié sur place l'observation des conditions posées. Ce rapport serait ultérieurement communiqué au conseil supérieur.

3° Pour toutes les installations de filtration ou d'épuration au sujet desquelles le conseil supérieur aurait demandé un supplément de contrôle, il serait procédé annuellement (pendant un temps de...) à une vérification approfondie des conditions de fonctionnement. Un membre du conseil départemental chargé de cette tâche rédigerait à ce sujet un rapport qui serait transmis au conseil supérieur.

4° Pour permettre l'exercice régulier de ce double contrôle, le ministère de l'Intérieur tiendrait la liste par département de tous les projets de travaux ayant fait l'objet d'avis favorables du conseil supérieur, et rappellerait chaque année aux préfetures les opérations du contrôle auxquelles doit faire procéder le conseil départemental.

CHAPITRE III

LES VOIES PRIVÉES

Les voies privées : ruelles, impasses, cités, sont le plus généralement des foyers d'infection. Dans les villes telles que Paris où leur nombre est considérable, elles constituent le plus grand obstacle à l'assainissement. « Les maisons y sont vieilles, hautes, bondées d'êtres humains, traversées de cours où le soleil n'entre jamais. Les garnis y sont nombreux, et la plupart d'une saleté repoussante. La promiscuité, l'entassement, l'insuffisance d'air y sont au maximum (1).

Les enquêtes effectuées par les commissions sanitaires à travers les arrondissements de Paris en ont maintes fois précisé le mauvais état (2). M. Strauss

1. Rapport du comité d'hygiène du département de la Seine.

2. Il existe à Paris de 13 à 1400 voies privées : elles mesurent si on les ajoute bout à bout environ 154 kilomètres. 31 km. 500 sont drainés par un égout ; 32 km. 500 possèdent une canalisation d'eau. Il reste à drainer 89 kilomètres de voies privées. M. Strauss Sénat, 14 mars 1911.

citait récemment, à la tribune du Sénat, des exemples caractéristiques :

Voie A. — Pour la plupart des immeubles de cette voie les eaux ménagères et de toilette vidées dans les plombs se déversent dans les ruisseaux ; en plusieurs endroits le pavage est défoncé, les eaux y séjournent dégageant des émanations mal odorantes.

Voie B. — Cette agglomération a été maintes fois le foyer de maladies contagieuses et notamment, au cours de la deuxième épidémie de choléra, c'est sur ce point que furent signalées les premières victimes... »

Voie C. — Cette voie est très irrégulière comme niveau, comme alignement, comme largeur. De chaque extrémité, elle se dirige en pente vers le milieu qui se trouve en contre bas de voies publiques. Il y a bien un égoût dans la longueur, mais quelques conduites d'eaux ménagères et industrielles se déversent dans les ruisseaux.

Les conséquences de ce mauvais état rejaillissent sur la santé publique : Dans tel impasse la proportion moyenne annuelle des décès et de 10,92 0/00 habitants pour l'ensemble des maladies contagieuses de 8,49 0/00 pour la tuberculose. Dans tel autre les proportions sont de 9,69 et 7,47 0/00, alors que pour l'ensemble de Paris la moyenne est de 3,52 0/00 habitants.

De toutes parts, on dénonce l'insalubrité des voies privées. Il importe de poursuivre leur assainissement.

La loi de 1902 dispose que le maire doit édicter dans son arrêté sanitaire « les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons et de leurs dépendances, des voies privées closes ou non à leurs extrémités. »

Les voies privées sont donc assimilées aux voies publiques. Le règlement sanitaire leur est de tout point applicable.

C'est ainsi qu'à Paris, le préfet de la seine investi par la loi du 7 avril 1903 du droit de réglementer la salubrité de ces voies, prit dans son arrêté du 22 juin 1904, des mesures qui visent l'établissement des chaussées et trottoirs, l'éclairage et la tenue du sol, l'interdiction des dépôts de fumiers et d'ordures ; qui imposent aux propriétaires des maisons riveraines des prescriptions relatives à l'évacuation des eaux pluviales et ménagères, des matières de vidanges. Seulement, ces dispositions ne s'appliquent qu'aux voies privées qui s'ouvriront dans l'avenir ; celles qui existaient avant 1902 sont considérées comme des immeubles. Elle dépendent de la commission des logements insalubres, et leur assainissement ne peut être poursuivi, le cas échéant, que suivant la procédure prévue aux articles 12 et suivants de la loi du 15 février 1902.

Or, cette procédure est à peu près inopérante. Il est assez rare, en effet, qu'un seul propriétaire possède la totalité d'une voie privée. Le plus souvent on se trouve en présence de plusieurs propriétaires (1) (le nombre varie de 5 à 100). Il est presque impossible de les atteindre.

Pour les mettre en cause, les difficultés sont nombreuses. En outre, les formalités de procédure sont multiples : convocation à la mairie, visite des lieux, débats, détails de recours. Tout cela demande un certain temps. Et si durant cette période, un propriétaire décède ou si la propriété est l'objet d'une mutation, il faut tout recommencer. Citons un exemple typique : Le classement de la rue Henry Regnault a été demandé le 14 décembre 1900. La procédure, commencée en 1903, n'avait pas abouti en 1907, à cause des mutations de propriété.

Dans les cas très rares où cette procédure peut être menée à bien, elle comporte comme sanction possible l'exécution d'office des travaux. La loi, pour en garantir la dépense, accorde aux communes un privilège sur les revenus des immeubles. Mais ce

1. Dans ce cas, deux régimes de propriété peuvent être envisagés :

1° Les propriétaires de chaque immeuble riverain sont propriétaires du sol de la voie chacun au droit de soi, et possèdent une servitude de passage sur toutes les parcelles voisines :

2° Tous les propriétaires riverains de la voie sont propriétaires indivis du sol de ladite voie.

privilège passe après ceux des articles 2101 et 2103. Il est insuffisant.

Les municipalités se trouvent donc en fait désarmées vis-à-vis des voies privées. Elles ne peuvent en poursuivre l'assainissement. Elles demandent, en conséquence, que la législation actuelle soit modifiée.

Les hygiénistes se sont préoccupés de cette question. Au Congrès de Genève de 1906, un vœu fut voté demandant que « toutes les mesures d'assainissement des immeubles, notamment en ce qui concerne les voies privées, soient assurées par une procédure aussi simple que possible ». Au conseil municipal de Paris, diverses propositions furent présentées (1). Enfin, tout récemment, le Sénat a été saisi d'une proposition de M. Paul Strauss, sénateur de la Seine.

M. Paul Strauss a cherché, d'une part, à amener l'entente entre propriétaires, d'autre part à ne pas laisser l'autorité publique désarmée en cas de refus ou de mauvaise volonté des intéressés.

L'innovation prévue par sa proposition est le syndicat obligatoire des propriétaires riverains des voies privées.

Pour l'exécution de tous les travaux intéressant l'ensemble d'une voie privée, les propriétaires sont

1. Propositions de M. Ranvier, présentée le 1^{er} juillet 1907 ; de MM. Navarre, Chérioux et Gribauval ; de M. Ambroise Rendu.

tenus, sur la réquisition du maire ou après l'accomplissement des formalités prescrites par les articles 12 et suivants de la loi du 15 février 1902 et 7 avril 1903, de se constituer en syndicat et de désigner un syndic chargé d'assurer l'exécution des travaux et de pourvoir à l'entretien de la voie (1).

Le syndicat pourra être valablement constitué par la majorité des propriétaires telle qu'elle est définie par l'article 12 de la loi du 21 juin 1865 modifiée par la loi du 22 décembre 1888. Les décisions relatives aux travaux d'hygiène et d'assainissement obligent tous les propriétaires riverains de la voie.

Sous l'empire des lois de 1865 et 1888, il suffisait de l'opposition d'un seul propriétaire pour entraver l'action de tous les autres. En vertu de l'article 14 de la loi de 1888 le propriétaire qui n'avait pas adhéré au projet d'association pouvait déclarer qu'il entendait délaisser, moyennant indemnité, le terrain lui appartenant et compris dans le périmètre. L'association syndicale était tenue, préalablement à tous travaux, de recourir à l'expropriation de ses biens. C'était une cause de dépenses et de retards.

Cette faculté de délaissement est supprimée. Le syndic est nommé par le président du tribunal civil

1. Si, dans le délai d'un mois, les propriétaires n'ont pas obéi à l'injonction du maire, et n'ont pas constitué le syndicat, il sera procédé, sur la réquisition du maire, par le président du tribunal civil du ressort à la désignation d'un syndic.

après avis des propriétaires qui font partie du syndicat. Il a qualité pour faire exécuter les travaux prescrits par le maire.

Les dépenses seront réparties en raison de l'intérêt de chaque propriétaire à l'exécution des travaux.

A cet effet, le syndic dressera un devis estimatif dont copie sera déposée à la mairie de la commune pendant quinze jours. A l'expiration de ce délai, le syndic, après avoir entendu les réclamants et apprécié leurs observations, arrêtera dans un état spécial soumis à l'approbation du préfet les bases de la répartition des dépenses. Les intéressés pourront se pourvoir devant le conseil de préfecture.

Le recouvrement des sommes dues par les intéressés sera effectué comme en matière de contributions directes sur états dressés par le syndic, arrêtés et rendus exécutoires par le préfet. Un règlement d'administration publique spécial déterminera les conditions et les détails de ces opérations.

La proposition prévoit que les municipalités pourront faire des avances aux propriétaires pour les aider à supporter les dépenses d'assainissement. Le plus souvent, en effet, les propriétaires des voies privées sont peu fortunés, et il importe de les aider. En ce sens, le conseil municipal de Paris avait décidé, le 24 juillet 1909, de prélever sur l'emprunt prévu par une loi de la même année, une somme de 3 millions destinée à constituer une caisse d'avances aux petits

propriétaires (1). La proposition de M. Strauss, si elle est votée, lui donnera l'autorisation nécessaire.

Il est à souhaiter que cette nouvelle législation soit adoptée. Discutée, une première fois, le 14 mars 1911, elle aurait été vraisemblablement votée en seconde délibération, le 13 avril 1911, si le Sénat ne s'était séparé sur la question d'un amendement présenté par M. Audiffred. Cet amendement tendait à inscrire dans la proposition de M. Strauss une disposition additionnelle d'après laquelle les voies privées devraient avoir une largeur d'au moins 8 mètres dans les communes de moins de 1000 habitants, et d'au moins 10 mètres dans celles dont la population est plus élevée.

A la suite d'une très longue discussion, cette proposition fut renvoyée à la commission où elle sera à nouveau examinée.

1. Deux propositions ont été faites par MM. Patinne et Ambroise Rendu.

CHAPITRE IV

LA MAISON

On a dit maintes fois l'influence morale du logement sur l'individu. Le bien-être de la famille est relié étroitement à celui de la maison. Tout ce qui altère l'un altère l'autre.

Dans un taudis, l'homme s'avilit et se dégrade. L'ouvrier qui rentre harassé d'une journée de travail fuit le galetas qu'il habite pour le cabaret. Il y contracte des habitudes de débauche et d'alcoolisme, puis affaibli, déprimé, il offre une proie facile à la maladie.

Au point de vue de la santé publique l'influence de l'habitation est considérable. Or, à l'heure actuelle, nous souffrons d'un mal qui chaque jour va croissant : le surpeuplement. Les villes que Jean-Jacques Rousseau appelait « les gouffres de l'espèce humaine » se développent sans cesse. Celles de plus de 100.000 habitants représentent maintenant plus du septième de la population de la France. Comme leur agrandisse-

ment n'est pas proportionnel au nombre d'habitants qu'elles reçoivent, elles s'engorgent. En même temps, par suite du jeu de l'offre et de la demande, la valeur du terrain augmente, les loyers deviennent plus élevés. La conséquence c'est l'entassement des petits logements.

M. Bertillon a montré qu'à Paris 45 o/o des logements sont surpeuplés et que le nombre des familles de trois à quinze personnes vivant dans une chambre unique est de 37.200. Dans ces maisons casernes, ces taudis infects, sans air, sans lumière, les conditions de la vie sont déplorables. Mal nourris, resserrés, exposés à toutes les contagions, les malheureux qui s'y abritent y respirent chaque jour des germes de maladie et de mort. C'est la tuberculose ou le typhus qui les guette. Les statistiques nous permettent d'établir une certaine comparaison entre les causes de mortalité. Les maladies infectieuses diminuent : typhoïde, variole, scarlatine... Le nombre des décès tuberculeux reste stationnaire ; on l'évalue à 100.000. C'est une véritable hécatombe.

La tuberculose est une maladie sociale dans ses causes et dans ses effets. Atteint, le malade sème la contagion, il empoisonne son logement, et le logement contamine ses habitants.

M. Léon Bourgeois a pu dire que la tuberculose est un risque mutuel entre les individus et la société. L'assurance contre ce risque ne peut être obtenue que

« par une organisation qui répond aux deux termes suivants du problème : défendre l'individu encore sain contre le milieu qui peut le contaminer ; défendre le milieu encore sain contre l'individu déjà malade qui peut le contaminer ».

Aujourd'hui, il est surabondamment démontré que le rôle de la thérapeutique est nul ou à peu près à l'encontre de cette douloureuse maladie. Seule, l'hygiène est efficace ; ce qu'il faut au tuberculeux, c'est de l'air, du soleil. Le problème de l'habitation domine la prophylaxie de la tuberculose.

L'intervention de l'État en matière d'hygiène de l'habitation apparaît comme essentiellement paternaliste. Aujourd'hui, l'importance de l'habitation saine est encore incomplètement comprise de la masse. Il sied de l'éclairer, de la mettre en garde contre son ignorance ou son insouciance. L'État doit donc, par une réglementation minutieuse, prescrire les conditions de salubrité que commande la sauvegarde de la santé publique, et si, dans une maison, se développe un foyer d'infection d'où rayonne le mal, armé de son pouvoir de contrainte, l'État doit pouvoir faire disparaître ce danger au nom de l'intérêt général.

La loi de 1902 charge le maire de réglementer les conditions propres à assurer la salubrité des maisons. De nombreuses controverses se sont élevées, à ce

sujet, sur l'étendue des pouvoirs conférés à l'autorité municipale.

La jurisprudence dernière a été arrêtée par un jugement du tribunal de simple police de Bordeaux du 11 février 1905, et par les arrêts du Conseil d'État des 5 juin 1908 et 24 février 1911.

Le tribunal de Bordeaux a décidé que « si les maires ont le droit de prescrire toutes les mesures locales sur les objets confiés à leur autorité et à leur vigilance, mesures qui embrassent tout ce qui concerne la salubrité, la sécurité et le maintien du bon ordre, ils doivent laisser aux intéressés le choix entre les divers moyens de se conformer à ces obligations et s'abstenir d'imposer à l'exercice du droit de propriété des restrictions non commandées par l'intérêt général ».

Il faut entendre par là, ainsi que l'a montré M. Moye, que le maire doit éviter d'ordonner des procédés « superflus, dispendieux », car, avec « la théorie qui se borne à donner à l'autorité locale le simple droit de prescrire des mesures d'ordre très général on arrive, en pratique, à l'impossibilité d'agir ».

Des deux arrêts du Conseil d'État, il faut surtout retenir celui du 5 juin 1908, qui a une importance capitale.

Trois recours étaient déférés au Conseil d'État attaquant les règlements sanitaires pris par le préfet de police et le préfet de la Seine, en vertu de leurs attri-

butions définies par la loi du 27 avril 1903. Le Conseil d'État avait à fixer dans ses parties les plus essentielles le sens et la portée de la loi, et : « à faire le point de départ en ce qui concerne les mesures d'hygiène propres à assurer la salubrité des voies privées, de l'habitation et des garnis, entre celles qui peuvent faire l'objet d'une réglementation générale et celles au contraire qui ne sont susceptibles que de décisions individuelles propres à tel ou tel immeuble déterminé. » Le débat avait donc une importance capitale.

Dans ses remarquables conclusions M. Teissier, commissaire du gouvernement, disait : « Tous les rapports rédigés sur les divers états de notre loi entre 1891 et 1902, toutes les discussions devant les Chambres prouvent surabondamment que le Parlement a voulu condamner la jurisprudence restrictive de la Cour de cassation et du Conseil d'État, donner à l'administration des pouvoirs plus larges qu'auparavant, et notamment permettre au maire de prescrire telle ou telle mesure d'assainissement déterminée de préférence à toute autre si cela paraissait vraiment utile dans l'intérêt de l'hygiène publique. »

M. Tessier reprenait la thèse des hygiénistes qui se prononcent en faveur de l'extension des pouvoirs de l'autorité municipale et soutiennent que la nouvelle loi prescrivant au maire l'obligation de réglementer la salubrité des maisons lui fournit aussi les moyens

d'ordonner les actes propres à garantir cette salubrité. Il se séparait donc de l'ancienne jurisprudence des tribunaux judiciaires d'après laquelle l'autorité municipale investie du droit de prescrire les mesures de salubrité doit laisser aux intéressés le choix entre les divers moyens de se conformer à ces obligations.

Cette façon de voir a été reprise en partie par le Conseil d'État qui reconnaît au maire un pouvoir de réglementation très large.

Le maire peut « édicter et préciser » toutes les prescriptions destinées à assurer la salubrité et indiquer les installations qui sont nécessaires.

Toutefois, son pouvoir n'est pas arbitraire ni illimité ; son existence doit se concilier avec le respect du droit de propriété, de la liberté, de l'industrie et du commerce.

Vis-à-vis des immeubles à construire, le maire a un pouvoir de réglementation très étendu. L'exposé des motifs du projet initial de la loi de 1902 indiquait parmi les prescriptions qu'il pouvait édicter la hauteur des maisons, la dimension des pièces habitées et leur création, les dispositions relatives aux cabinets d'aisances, l'évacuation des eaux ménagères.

L'arrêt du 5 juin 1908 décide que le préfet de la Seine a pu sans excéder ses pouvoirs (1) :

1. D'après la loi du 7 avril 1903, le préfet de la Seine a dans ses attributions : 1^o tout ce qui concerne la salubrité des maisons

« Tout en laissant le propriétaire libre de choisir les matériaux qu'il entend employer, exiger qu'ils soient imperméables pour certaines parties des habitations ou des locaux ;

» Imposer des conditions de « vue directe » sur les voies privées, les cours, les courettes, fixer les conditions de surface, de capacité, d'aérage, d'éclairage pour les diverses pièces de l'habitation ;

» Disposer que les cabinets d'aisance seront aérés et éclairés directement et munis d'un poste d'eau, fixer le nombre de ces cabinets d'après le nombre des pièces de l'habitation ;

» Fixer les conditions auxquelles doivent satisfaire, dans l'intérêt de l'hygiène, les conduits de cheminées, poêles, etc., les tuyaux, conduites, orifices de décharge servant à l'évacuation des matières usées et des vidanges ;

» Interdire l'emploi de puisards absorbants, et décider que les fosses fixes, tonneaux mobiles, puisards étanches ne seront autorisés qu'au cas où l'absence d'égout, les dispositions de l'égout public ou de la canalisation d'eau ou toute autre cause ne permettant pas l'écoulement à l'égout des eaux usées et des matières ;

et de leurs dépendances sauf les logements loués en garni ; 2° la salubrité des voies privées closes ou non closes à leurs extrémités ; 3° le captage et la distribution des eaux ; 4° la désinfection, la vaccination et le transport des malades.

» Exiger que tout bâtiment destiné à l'habitation soit relié à la distribution publique d'eau potable par une canalisation convenablement établie pour desservir les différents étages ;

» Imposer des conditions particulières, notamment en ce qui concerne le lessivage, la peinture et l'arrosage pour les locaux destinés à la vente ou à la conservation des denrées alimentaires et pour l'entretien en état de salubrité des constructions en général. »

Ces conditions de salubrité exigibles pour les immeubles à construire ne sauraient s'appliquer toutes aux immeubles existant déjà. Vis-à-vis de ceci la réglementation, beaucoup plus douce, ne peut prescrire que des atteintes beaucoup plus légères au droit de propriété. C'est du reste l'esprit de la loi. M. Cornil, lors de la discussion, déclarait qu'il ne fallait comprendre que dans le règlement « que les conditions indispensables pour l'assainissement des maisons construites ». Mais, cette restriction posée, il n'y a aucun doute à la possibilité d'appliquer à ces immeubles le règlement sanitaire. En vain a-t-on invoqué le principe de la non-rétroactivité ; il ne saurait y avoir de droit acquis à l'infection.

Sans doute, telle mesure reconnue légale dans le premier cas serait injustifiée dans l'autre. Ainsi les conditions de vue, d'aérage, d'éclairage des maisons situées sur les voies privées, cours, courettes, peuvent être

légitimement prescrites pour les immeubles à construire. Elles ne sauraient s'appliquer aux maisons existantes : il n'y a pas nécessité absolue à leur imposer un minimum de vue directe de 2 mètres en largeur pour les cuisines et 4 mètres pour les autres pièces habitables, etc. De même, le préfet de police (1) a pu prescrire que, pour les garnis à établir dans les immeubles non encore construits, le cube d'air minimum pour une personne serait de 20 mètres cubes, mais il a outrepassé ses pouvoirs, quand il a décidé dans son règlement sanitaire que les garnis existants devaient avoir une hauteur sous plafond de 2 m. 50.

L'exécution de ces travaux, dit le Conseil d'État, « porterait atteinte à l'économie des bâtiments dans un cas où la nécessité d'un trouble aussi grave n'est pas commandée, d'une façon absolue, par l'intérêt de la santé publique à l'égard de tous les immeubles de cette nature ».

Donc, en principe, vis-à-vis des immeubles existants, il faut retrancher des dispositions du règlement celles qui entraîneraient une modification

1. Le préfet de police, en vertu de la loi du 7 avril 1903, est chargé : 1° de la salubrité de la voie publique dans ses rapports avec la commodité et la sûreté de la circulation ; 2° de la surveillance, au point de vue sanitaire, des garnis ; 3° des précautions à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles ; 4° des contraventions relatives à la vaccination.

« dans le régime essentiel, dans l'économie de ces propriétés ». C'est seulement en cas de nécessité absolue que les prescriptions du règlement pourront leur être appliquées. Toutefois il faut faire exception pour les mesures qui sont applicables à l'alimentation de l'eau potable et à l'évacuation des matières usées. La loi, en effet, les a visées d'une façon expresse et d'une manière générale pour tous les immeubles présents ou futurs.

Comment l'autorité municipale est-elle armée pour poursuivre les infractions à ces règlements ?

En vertu de l'article 27 de la loi de 1902, elle peut citer directement le contrevenant devant le tribunal de simple police. Le juge de paix saisi prononcera la peine, s'il estime que la mesure prescrite est légale ; toutefois il ne pourra ordonner l'exécution d'office des travaux prescrits par le règlement. On conçoit effectivement le danger qu'il y aurait à laisser à ce magistrat le pouvoir de sanctionner directement les dispositions sanitaires que le maire peut édicter. Dans le texte présenté par la commission du Sénat, M. Cornil attribuait au juge de simple police, saisi d'une contravention, le droit d'ordonner, le cas échéant, l'exécution des travaux ; mais, au cours de la discussion, on fit remarquer combien la liberté individuelle et le droit de propriété pourraient souffrir d'une telle procédure.

A la suite d'un amendement de M. Volland, la

commission refondit son projet, et organisa alors la procédure des articles 12 et suivants de la loi.

Rappelons brièvement cette procédure : lorsqu'un immeuble est dangereux pour la santé des occupants ou des voisins, le maire dresse un rapport et soumet à la commission sanitaire la question de l'utilité des travaux et de l'interdiction de l'habitation. Si la commission prend en considération les conclusions du maire, elle convoque les intéressés qui sont entendus, et qui assistent aux visites et constatations des lieux. Elle fixe le délai dans lequel les travaux devront être exécutés. Les intéressés peuvent se pourvoir devant le conseil de préfecture, puis le Conseil d'État. Si l'arrêté n'est pas attaqué, ou s'il est maintenu, passé le délai imparti, le tribunal de simple police sera saisi. Le juge, n'ayant pas cette fois à discuter la légalité des mesures, puisque l'autorité administrative les a admises, prononcera comme dans le cas de procédure pénale directe, la peine de l'article 471 § 15 ; il pourra, en outre, autoriser l'administration à faire exécuter d'office les travaux prescrits aux frais du contrevenant.

Nous voyons donc nettement l'esprit de la loi ; il importait, vu l'étendue des pouvoirs conférés au maire, de protéger efficacement les droits individuels. Aussi quand une mesure de coercition s'impose, soit qu'il faille poursuivre l'exécution d'office des mesures prescrite par le règlement sanitaire, soit

qu'il importe de faire cesser une cause d'insalubrité inhérente à telle maison, la loi organise cette procédure contradictoire qui donne aux particuliers de très sérieuses garanties contre l'arbitraire de l'administration.

Pour mettre en mouvement la procédure des logements insalubres, une plainte est nécessaire. Il est aujourd'hui démontré que le maire, qui peut se saisir lui-même, tenu par des considérations locales, intervient peu. La dénonciation des voisins est assez rare ; les locataires cherchent souvent à éviter des querelles avec leur propriétaire ; aussi, certains partisans résolus de l'intervention de l'État en sont-ils venus à demander la surveillance suivie des logements par l'inspection sanitaire. Ils invoquent en ce sens l'exemple de la Hollande. La loi communale y prévoit que chaque ville de 1.000 habitants doit arrêter par ordonnance des règlements visant des constructions à bâtir et l'entretien des habitations (1).

1. Ainsi, le règlement de construction pour la commune de Haarlem arrête que dans un délai de trois ans après sa promulgation (1^{er} août 1905) toute localité, habitation ou autre bâtiment doit être mis en état conforme aux prescriptions visant : l'état des cabinets d'aisances l'alimentation en eau potable, les mesures et travaux contre l'humidité, l'état des fondations, murs, planchers, escaliers, plafonds, toitures, l'évacuation de fumée, eaux usées, matières fécales, la quantité d'air et de lumière.

Des inspecteurs mandatés veillent à l'application de ces règlements ; ils peuvent pénétrer dans les maisons quand ils le jugent nécessaire. A Haarlem notamment 4.000 maisons ont été de la sorte inspectées.

Cette législation ne saurait, à notre avis, s'appliquer en France ; l'inviolabilité du domicile est un de nos droits les plus essentiels ; Les cas où la loi y autorise des dérogations sont rigoureusement délimités au nom de l'ordre public. Notre tempérament qui répugne à la violence et à l'inquisition, n'admettra jamais que sur un simple soupçon l'inspecteur sanitaire pénètre chez nous, viole notre domicile privé, essaie d'influer sur notre façon de vivre. L'objection que cette visite se fera avec tact, avec le minimum de contrainte ne vaut rien ; il y aura fatalement des abus.

Cette proposition, au reste, perdra sa raison d'être le jour où, suivant l'exemple de Paris, toutes les villes auront organisé le mode d'information, par excellence, qu'est le casier sanitaire.

L'assainissement pourra être poursuivi de façon méthodique puisqu'on connaîtra le terrain et les causes d'insalubrité.

Les résultats qu'à donné cette organisation à Paris sont concluants. Nous allons les exposer.

Le casier sanitaire est l'ensemble des documents réunis sur chaque immeuble au point de vue de la

salubrité. Chaque immeuble a son dossier qui est composé de la façon suivante :

1° Une chemise portant l'indication de l'arrondissement et du quartier ;

2° Un plan au 2.000 de la maison avec l'indication des canalisations, fosses, puits, puisards, fontaines, fosses à fumier ;

3° Une feuille de description de l'immeuble ;

4° Une feuille indiquant les décès par maladies transmissibles, survenus chaque jour dans la maison.

5° Une feuille relatant les désinfections opérées, leurs dates et leurs causes ;

6° Une ou plusieurs feuilles, contenant l'indication des travaux prescrits par la commission des logements insalubres et la suite donnée ;

7° Une feuille contenant les résultats d'une enquête sanitaire, si elle a été reconnue nécessaire.

Les dossiers d'une même rue sont classés dans une chemise qui porte les indications relatives à la longueur et à la largeur de la voie, les systèmes d'évacuation et de canalisation.

Depuis le 1^{er} janvier 1900, époque à laquelle le casier sanitaire a été établi, il est tenu à jour ; les maisons déjà décrites ont été revues et vérifiées d'une façon périodique (1). Les modifications sont scrupu-

1. Les enquêtes sont faites sur place par les architectes voyers et par le service des travaux sanitaires. Elles sont centralisées au bureau de l'assainissement qui donne les suites voulues.

leusement notées, les décès par maladies transmissibles, les désinfections marquées au jour le jour.

Chaque maison a son journal sanitaire quotidien.

Au mois de mars 1905, le chef du bureau de l'assainissement de l'habitation, adressait au directeur des affaires municipales, une première étude sur la répartition de la mortalité tuberculeuse du 1^{er} janvier 1894 au 31 décembre 1902.

Pendant cette période, 138.766 décès s'étaient produits par maladies transmissibles, dont 101.496 par tuberculose. Le nombre des maisons atteintes avait été de 39.477 ; le rapporteur les divisait en trois groupes :

1° 34.214 maisons non infectées, où la tuberculose n'avait fait que des apparitions ;

2° 4.443 maisons présumées comme infectées, le nombre des décès s'y élevant à 26.509 en onze ans, soit une proportion de 5 à 9 décès par unité ;

3° 820 maisons constituant des foyers permanents ;

11.500 décès s'y étant produits, soit la formidable proportion de 10 et plus par unité.

Une constatation ressortait immédiatement de cette étude ; c'est que plus d'un tiers des décès étaient localisés dans 5.263 maisons où la mortalité de 8.119 pour 1.000 habitants était le double de la moyenne. Le rapporteur montrait en outre que, rarement, une maison à forte mortalité était isolée, mais

que le mal sévissait dans des maisons contigües, resserrées, sans air, sans lumière. Là s'était développé la contagion ; la tuberculose s'y était installée dans des flots insalubres, et elle rayonnait, constituant pour le voisinage un danger permanent.

Justement alarmé, le préfet de la Seine, le 10 avril 1905, instituait une commission spéciale pour rechercher l'influence de l'habitation sur la propagation de la tuberculose. Les éléments fournis par le casier sanitaire étaient le fruit de longues recherches, mais n'échappaient pas au reproche d'être un peu théoriques. Il importait de confirmer ces conclusions, de les coordonner et de les mettre en œuvre. La commission entreprit, sous la direction de M. Roux, de très sérieuses enquêtes sur place, secondée par les médecins, les bureaux de bienfaisance et les dispensaires anti-tuberculeux qui fournirent des renseignements facilitant « le dépistage » des maisons atteintes. En huit mois, 265 furent visitées, où la mortalité fut évaluée à 7, 98 pour 1.000. Les données fournies par le casier sanitaire étaient exactes : la tuberculose sévissait toujours dans les maisons infectées où elle faisait des ravages.

L'impulsion était donnée ; les conclusions primitives « prenaient de plus en plus l'allure d'une vérité scientifique » sur l'initiative de MM. André Le Fèvre et Ernest Moreau, le Conseil municipal votant un crédit permettant de poursuivre les

enquêtes dans les maisons suspectes. M. Ambroise Rendu rappelait au conseil municipal que 82 rues étaient spécialement atteintes ; ces rues étaient comprises dans six ilots. Il demandait que les travaux de voirie nécessaires à l'assainissement des quartiers de Paris fussent étudiés d'urgence dans le but d'en arriver à la suppression des ilots contaminés. En tête de sa proposition, l'honorable conseiller citait un passage d'une discussion de l'Académie de Médecine :

« Il convient surtout d'attribuer la raison du développement continu de la tuberculose aux conditions de la vie moderne. C'est en combattant ces conditions, en luttant contre l'alcoolisme, en améliorant les locaux où l'on travaille, qu'on mettra à l'abri les prédisposés à la tuberculose porteurs de lésions guéries qui datent quelquefois de l'enfance. »

Et il ajoutait : « Le surpeuplement est un des facteurs les plus actifs de la tuberculose.

De fait, la tuberculose, maladie de misère, frappe surtout les gens qui vivent entassés dans de petits logements. Il faut lire les comptes rendus des enquêtes de la commission des logements insalubres. Ils sont poignants.

Dans des chambres exigües, des individus vivent pêle-mêle avec des animaux, des chiens, des chats ; le jour arrive par une lucarne, les murs sont imprégnés de poussière et suintent.

Dans un coin de la chambre un malade est couché qui crache à tout moment des germes nocifs. Peu à peu le mal se diffuse, il se forme ainsi de véritables cités de tuberculeux. »

« Dans certaines maisons des arrondissements pauvres, dit le Dr Hérécourt, tous les habitants sont tuberculeux ; il y a de ces casernes qui contiennent jusqu'à 200 habitants. Nous avons trouvé dans un arrondissement une de ces maisons où, dans vingt mois, sont morts jusqu'à 16 tuberculeux. »

Le surpeuplement exerce bien une action funeste la véritable cause de la tuberculose c'est l'absence d'air et de lumière. Reportons-nous aux statistiques que fournissent annuellement les dispensaires. Les gens atteints de cette douloureuse maladie sont toujours les mêmes. Ce sont surtout les employés d'administration, qui vivent confinés dans des locaux étroits et les ouvrières de l'aiguille. La liste est longue des couturières, confectionneuses, lingères, modistes, giletières, etc., qui viennent échouer à l'hôpital. Elles travaillent dans une arrière-boutique sans air, ou bien dans un sous-sol : « Lorsque, indifférents, vous passerez dans les riches quartiers, rue de Castiglione, par exemple, ou rue de la Paix, dit M. Benoit Lévy, baissez donc les yeux et jetez un coup d'œil dans les caves des immeubles qui se trouvent sur votre parcours, vous y verrez des milliers de jeunes ouvrières entassées dans ces

repaire, où elles ont le choix, soit de conserver les fenêtres à jamais fermées, soit d'avaloir les poussières de la rue que laissent pénétrer les fenêtres ouvertes. » Non seulement le soleil n'y arrive jamais mais l'air du sous-sol est toujours pernicieux, infecté par le voisinage des conduites de gaz et des égouts. Toutes les maisons reconnues comme des foyers avérés se distinguent des autres par une seule tare : l'obscurité des chambres habitées.

L'absence d'air et de lumière sont les véritables agents de la tuberculose. Ce qui le prouve amplement c'est que la mortalité qui est considérable dans les espaces resserrés, est réduite dans les larges avenues. On a cité des faits saisissants. Le boulevard de Strasbourg et la rue Saint-Martin ont la même direction et la même orientation. Dans la première artère qui est large, où l'air pénètre à flots, la mortalité par tuberculose est de 1,1 0/00. Dans la seconde, qui est sombre et resserrée, elle est de 11 0/00, soit 10 fois plus forte.

Dans certains quartiers tels que Javel, Grenelle, la proportion monte à 10 0/0. Les maisons où la tuberculose sévit sont toujours les mêmes et dans les mêmes rues, infectées et mal aérées. Tous les ans elles tuent le même nombre d'habitants ; et tous les ans, les rapports bourrés de chiffres, que présente l'administration du casier sanitaire, en arrivent à cette pénible conclusion : la situation reste la même.

Les foyers signalés continuent à enregistrer le même nombre de décès.

En 1906, les statistiques indiquent 9.573 morts par tuberculose pulmonaire. Les 5.263 maisons tuberculeuses comptent 2.969 décès. En 1907, on enregistre 10.262 décès ; 689 de plus qu'en 1906. La moyenne générale s'élève à 3,24 0/00 ; celles des maisons tuberculeuses à 7 0/00 au lieu de 6,50.

Et cependant, l'administration ne restait pas inactive ; les efforts du casier sanitaire étaient secondés par la collaboration de plus en plus effective des médecins ; les bureaux de bienfaisance envoyaient 420 fiches, les dispensaires (1) 2.254 qui indiquaient, en même temps que les maisons habitées par les tuberculeux, la répartition des cas par sexes, âge, profession, etc. ; 3.100 fiches reçues en 1907 concernaient 2.525 maisons sur lesquelles 806, soit un tiers, rentrent dans la catégorie des maisons classées comme tuberculeuses.

En même temps les travaux d'amélioration étaient poussés activement dans plus de 3.000 maisons. Aussi, en 1908, le rapport officiel donne-t-il une note moins pessimiste : « Il n'y a pas eu de progression nouvelle, le mal est reste stationnaire. » Le

1. Le conseil municipal devait arrêter le 29 mars 1908 que seuls, les dispensaires qui prêteraient leur concours au casier sanitaire recevraient des subventions. Le chiffre de ces subventions s'élève à 100.000 francs tous les ans.

nombre des décès est évalué à 10.262, identique à celui relevé pour 1907, mais la population ayant sans doute augmenté, comme tous les ans, on peut considérer la situation comme moins alarmante. L'action entreprise avec méthode et poursuivie énergiquement n'a donc pas été infructueuse. La répartition des décès a été modifiée, les foyers atténués, sauf pour les maisons meurtrières signalées les années précédentes où la mortalité moyenne a été de 6,71 pour 1.000 habitants. La maladie ne pourra en être délogée, écrit M. Juillerat, que par des mesures d'ensemble radicales (1). Les résultats obtenus sont insuffisants : en 1909, 10 de ces maisons ont été démolies ; en 1907, 14, soit en deux ans 24 foyers qui abritaient 1.459 habitants. Cette proportion est infime, vu le nombre considérable de maisons contaminées.

La loi de 1902 permet l'expropriation lorsque l'insalubrité est le résultat de causes extérieures et permanentes, ou que les causes d'insalubrité ne peuvent être détruites que par des travaux d'ensemble.

1. Le 16 novembre 1906, M. Ambroise Rendu avait présenté une proposition dans laquelle il demandait qu'une somme de 50 millions fût constituée à l'aide des disponibilités qui devaient résulter en 1910 de l'amortissement de l'emprunt de 1869. Cette somme serait consacrée aux opérations d'assainissement qui auraient pour objet de faire disparaître les 5.263 immeubles contaminés.

La procédure suivie est celle de la loi de 1841.

On sait combien cette dernière loi, soucieuse de défendre les intérêts privés, favorise en fait les propriétaires. Le jury accorde des indemnités qui sont parfois doubles de la valeur du fonds ; le budget des villes se trouve grevé de façon considérable.

Cette législation est fâcheuse, parce qu'elle met les communes dans l'alternative ou bien d'imposer lourdement leurs contribuables, ou bien de laisser au milieu d'eux des foyers d'infection.

En 1904, M. Delory montrait qu'il fallait en arriver à éventrer les quartiers insalubres, sans surcharger les budgets locaux ; il proposait, pour résoudre la question, l'exemple de la législation belge. En Belgique, depuis 1867, lorsqu'il s'agit d'assainir un quartier, la loi n'autorise pas seulement l'acquisition de telle ou telle maison, elle permet d'exproprier toute une zone.

Puis, sur cette zone qui est devenue sa propriété, elle peut exécuter des travaux d'assainissement et de voirie, percer des rues, construire des immeubles et revendre les terrains ainsi améliorés avec un notable bénéfice. Des villes telles que Gand et Anvers ont pu se transformer grâce à cette législation.

A ce système séduisant au point de vue de l'hygiène, mais dont la réalisation mènerait très loin, M. Jules Siegfried répondait par une proposition imitée de la loi anglaise. Actuellement, le jury prend

comme base d'appréciation de l'immeuble le montant des loyers. Cette base est, dans certains cas, inexacte et conduit à majorer de façon abusive le coût des opérations : un propriétaire entasse des locataires dans des chambres malsaines. Il est en contravention avec les règlements d'hygiène, mais il touche des loyers relativement élevés. En cas d'expropriation, le jury va tenir compte du montant des loyers pour fixer l'indemnité. Voilà un homme qui s'enrichit de par sa faute (1) ; c'est inadmissible.

L'indemnité à allouer au propriétaire ne doit, en aucun cas, être supérieure à la valeur vénale de l'immeuble au moment de l'estimation.

Il faut considérer que les loyers perçus sont exagérés quand les habitants vivent entassés, dans des conditions manifestement insalubres, et l'immeuble doit subir de ce fait une moins-value.

C'est en défalquant cette moins-value qu'on obtient la valeur réelle, et partant, le taux de l'indemnité normale. Les locaux loués sont-ils impropres à toute habitation, le jury ne doit accorder comme indem-

1. Le Dr Gautrey, à la suite d'une enquête sur les habitations ouvrières de Clermond-Ferrand, montre que les propriétaires des maisons les plus médiocres arrivent à toucher un loyer de 7,60 o/o. Ceux qui ont les immeubles les mieux habités n'obtiennent que 5,60 o/o.

nité que la valeur du sol et celle des matériaux de construction.

Cette proposition constitue une très heureuse innovation. Il est conforme à l'équité de fixer une base d'appréciation autre que les seuls revenus de l'immeuble, et, d'autre part, comme l'a dit M. Mirman, « il y a intérêt à préciser les obligations du jury de façon à pouvoir lutter contre ses prétentions quand elles sont extravagantes ».

Le Congrès de l'assainissement et de l'habitation de Genève, en 1906, se prononça pour ce système, et émit un vœu tendant à ce que « l'exécution des travaux d'assainissement soit facilitée par l'intervention de lois d'expropriation publique qui défalqueraient de la valeur de l'immeuble, considéré comme salubre, la somme nécessaire pour le mettre en état de salubrité ».

En 1907, la question fut débattue avec ampleur par la commission permanente de la tuberculose. Le 21 novembre 1908, M. Juillerat présenta un intéressant projet auquel la sous-commission de l'habitation et M. Siegfried lui-même se sont entièrement ralliés. Il importe d'en faire l'analyse.

A l'aide du casier sanitaire, on a déterminé à Paris les maisons qui sont les foyers permanents de la tuberculose. Ces maisons sont visitées de façon régulière et les travaux d'assainissement sont poursuivis sur les propriétaires en exécution des arti-

cles 12 et suivants de la loi de 1902. Mille trois cents maisons ont été déjà visitées. Les travaux ont été notifiés aux propriétaires, et, dans la moitié des cas, sont terminés ou en voie d'exécution.

Pour une quarantaine de maisons, par contre, à la suite de l'enquête effectuée par les autorités sanitaires, l'administration a dû ajourner les poursuites à cause de leurs conséquences qui seraient excessives. Il suffit pour le montrer de citer les conclusions des architectes voyers :

Dans le IV^e arrondissement :

Rue A, n° 11 : 5 étages, 77 habitants ; démolir toute la partie du bâtiment en façade sur la cour. Enlever au petit bâtiment construit à gauche dans la cour, une tranche d'au moins 4 mètres, puis percer une fenêtre dans la cour.

Impasse C, n° 2 *bis*. 6 étages, 34 habitants. Impossible d'améliorer sans démolir les parties postérieures des immeubles contigus, ou démolir les deux immeubles visés et les reconstruire suivant les règlements.

Rue D, n° 32 : 6 étages, 47 habitants. Dégrader les 6^e, 5^e et 4^e étages.

Avenue E, n° 163 : 2 étages, 134 habitants. Supprimer les bâtiments A, B, C, D. Supprimer ou remettre en bon état tous les bas édifices.

L'application de la loi de 1902 serait si rigoureuse,

que l'administration hésite. Les dommages causés aux propriétaires seraient considérables, puisque ces derniers seraient expropriés ou presque, et ce, sans juste et préalable indemnité. D'un autre côté, pour recouvrer le montant des travaux, il faudrait mettre la main sur quinze années de revenu au moins.

Excessive dans ce cas, la loi de 1902 est d'autre part impuissante, car elle n'autorise l'expropriation que lorsque l'insalubrité est le résultat de causes extérieures et permanentes. Or, une maison est le plus souvent insalubre du fait de causes intérieures (canalisation défectueuse, mauvaise évacuation des matières).

Une maison peut fort bien être infectée sans que pour cela la zone environnante le soit. La loi vise la possibilité d'exproprier la totalité des propriétés comprises dans le périmètre des travaux. C'est une « vue d'ensemble » conforme à la loi de 1841.

Une nouvelle législation est nécessaire. Il faut permettre aux communes d'exproprier à son juste prix un immeuble insalubre, et d'exproprier en cas de besoin une ou deux unités malsaines, dangereuses par suite de leurs dispositions intérieures.

Actuellement, montre M. Juillerat l'expropriation n'est possible que lorsque la procédure instituée par les articles 12 et suivants de la loi de 1902 a été mise en mouvement : Les autorités sanitaires ont prescrit

des travaux qui entraînent soit une modification de la distribution de l'immeuble, soit l'interdiction d'habitation totale ou partielle. Ces travaux incombent au propriétaire. Si, dans un délai imparti, il ne les a pas fait exécuter, l'autorité municipale intervient.

« Dans tous les cas d'expropriation, même dans ceux prévus par la loi du 15 février 1902, dit M. Juillerat, l'expropriation est motivée par des travaux qui incombent à la collectivité et qui doivent être exécutés par elle. Ici, il en est tout autrement. La partie expropriante n'a nullement besoin de la propriété pour un usage déterminé. Elle l'achète parce qu'il faut faire disparaître un foyer d'infection ou de contagion, et que le propriétaire est incapable, volontairement ou non, de le faire... L'opération n'a que de lointaines analogies avec l'expropriation pour cause d'utilité publique...

« C'est en somme une opération de défense de la société qui a vis-à-vis du propriétaire qui ne veut pas se soumettre à la loi un véritable caractère pénal (1). »

La procédure serait la suivante : le conseil municipal décide de poursuivre l'expropriation d'un immeuble insalubre. Extrait de sa délibération est adressé au préfet avec les pièces sanitaires. Le pré-

1. En Angleterre, on peut faire fermer une maison insalubre jusqu'à ce que le propriétaire l'ait fait remettre en bon état. Passé le délai imparti, la commune a le droit de faire démolir la maison aux frais du propriétaire.

fet prend l'avis du conseil départemental d'hygiène et statue sur les suites à donner au projet. S'il estime qu'il faut prendre en considération la requête du maire, il prescrit une enquête publique. Cette enquête est « parcellaire ». La première, dite *de commodo*, est supprimée. Il n'y a, en effet, aucun doute sur l'utilité des travaux puisque la procédure de l'article 12 l'a démontrée.

Le préfet apprécie les résultats de l'enquête et prend, s'il y a lieu, l'arrêté de cessibilité prévu par la loi du 3 mai 1841. Cet arrêté produit les effets d'un décret déclaratif d'utilité publique. Il suspend le droit du propriétaire d'effectuer aucun travail d'aucune sorte dans son immeuble. Ensuite il est procédé à l'accomplissement des formalités prescrites dans le titre III et dans le chapitre premier du titre IV de la loi du 3 mai 1841, sous réserve des modifications formulées par la proposition de loi.

Pour la fixation du chiffre des offres à faire au propriétaire, le préfet nomme trois experts : l'un sur la désignation du maire, le second sur la désignation du propriétaire de l'immeuble à exproprier ; le troisième sur la désignation du président du tribunal civil, parmi les membres du conseil départemental d'hygiène. Ces experts arrêtent le chiffre des offres que l'administration doit faire au propriétaire. En cas de refus de ce dernier, le jury est saisi de l'affaire.

Au sujet du calcul de l'indemnité, le projet reprend l'heureuse innovation proposée par M. Siegfried. Le jury doit répondre par délibérations motivées. Dans une première délibération, il fixe la valeur vénale de l'immeuble ; dans une seconde, il arrête la somme qu'il y a lieu d'en déduire pour les travaux prescrits pour le rendre salubre. En outre, dans le calcul des indemnités, le jury doit tenir compte de la plus-value que donne au reste de la propriété l'exécution des travaux. Le propriétaire reste parfois en possession d'immeubles ou de parties d'immeubles non compris dans le périmètre exproprié et dont la valeur va se trouver augmentée du fait des travaux. Déjà, la loi de 1807 prévoyait la possibilité de réclamer au propriétaire la plus-value « notable » dont bénéficie de ce fait sa propriété. Mais le mécanisme de cette loi est compliqué, et la jurisprudence en a singulièrement restreint l'application. Le Conseil d'État saisi par la Ville de Paris a décidé qu'une augmentation de 15 à 20 o/o n'était pas notable !

Cette loi ne fonctionne que très peu. Il reste bien l'article 51 de la loi de 1841, mais on ne l'invoque jamais devant les jurys d'expropriation.

Le principe en lui-même est indiscutable, et c'est à juste titre que M. Juillerat veut lui donner une nouvelle consécration. A l'étranger, en Suisse, en Belgique, en Espagne, la loi a donné aux communes des pouvoirs très étendus. Tout récemment, en

Suisse, la ville de Lausanne, pour dégager sa gare, dut percer un terrain planté de vignes. Le propriétaire reçut 200.000 francs. Mais, du fait de l'élargissement de la gare, du tracé d'une nouvelle voie, les communications se multiplièrent, le trafic augmenta. Le propriétaire fut tenu de reverser à la ville une somme de 60.000 francs représentant la plus-value que l'exécution des travaux publics avait donnée à sa propriété (1).

Nous avons exposé dans ses grandes lignes le projet adopté par la commission de la tuberculose. Ce projet qui, dans l'esprit de son auteur, est susceptible de recevoir quelques retouches, rendrait les plus grands services. Il permettrait de poursuivre la disparition des maisons « maudites » et de procéder à l'assainissement méthodique des villes. M. André Gent, conseiller municipal de la Ville de Paris, émet le vœu que « ce projet puisse être déposé devant les Chambres afin que l'application puisse en être faite d'urgence à Paris (2). »

1. Notons cependant que le calcul de cette plus-value est malaisé à résoudre. Le Conseil général de Londres a voulu établir un impôt basé sur la plus-value dont bénéficient les maisons voisines d'un îlot insalubre qu'on abat, ou riveraines d'une rue que l'on reconstruit. Il a rencontré les plus grandes difficultés. M. Craies. Genève, 1906.

2. Rapport sur la question de l'expropriation pour cause d'insalubrité. Conseil municipal, 1910.

Le Parlement adoptera-t-il cette nouvelle législation ?

Les légistes ne manqueront pas d'objecter que l'expropriation qui constitue la plus grave atteinte à la propriété, qui est une éviction violente, n'est justifiée que par la recherche d'un intérêt général supérieur.

Sans doute, lorsqu'il s'agit de faire passer un chemin de fer, de creuser un canal, l'exercice de droit est admissible. La loi, du reste, a eu surtout en vue l'exécution de travaux publics dont l'utilité au point de vue de la collectivité n'est pas douteuse ; et encore a-t-elle sauvegardé de façon très étroite l'intérêt particulier.

Le projet en question ne bouleverse-t-il pas ces principes ?

Les juristes, en outre, semblent redouter que le principe nouveau ne soit contradictoire avec le régime actuel de la propriété en France. Ils voient dans la loi nouvelle une sorte de limitation au droit de propriété qui, suivant le mot de Waldeck-Rousseau, « nulle part plus qu'en France ne doit être sacré ».

Les hygiénistes répondront que la santé publique réclame l'élargissement d'une rue ou le renversement d'une maison d'une façon aussi impérieuse que l'intérêt de la circulation ; que le droit du propriétaire, si respectable soit-il, ne doit pas aller jusqu'à empoi-

sonner ses voisins ; que les taudis qui, en quatorze ans, tuent trois fois leurs habitants sont des dangers publics. Ils diront aussi, qu'avec la civilisation, la notion d'utilité publique s'est élargie et que, puisque l'on a admis l'expropriation quand il s'agit de sauvegarder des monuments historiques (loi de 1887) et de protéger des sites (loi de 1905) on peut l'étendre très largement à la protection de la santé, c'est-à-dire de la vie humaine.

L'expropriation pour cause d'assainissement soulève une question qui est son corollaire : assurer un logement aux gens qui sont expulsés. Le plus ordinairement ce sont des malheureux. Il importe de les secourir et de leur trouver asile.

Cette préoccupation est apparue dans la législation anglaise. La loi de 1890 (*Housing of Working classes. Act*) arrête que : « tout projet concernant un îlot de maisons situées dans le comté ou dans la cité de Londres devra pourvoir au logement d'un aussi grand nombre de personnes de la classe ouvrière qu'il en sera déplacé par les travaux, dans des locaux convenables. »

Le *County Council* de Londres a publié en 1909 un ouvrage : *The housing question in London*. Nous relevons, dans un résumé de cette œuvre dû à la plume de Monsieur Gussomme, le secrétaire du

County Council, de précieux renseignements sur l'application de la loi.

En cas d'expropriation pour l'amélioration de la voirie, pour cause d'assainissement, le Conseil, secondé par les services publics intéressés prépare un projet de logement toutes les fois qu'il y a trente personnes ou plus de délogées, à moins que le *Local government board* ne trouve cette mesure inutile. 14.960 personnes ont été ainsi déplacées auxquelles des logements équivalents ont été procurés.

Une autre loi anglaise : *Artisans and labourers dwellings improvement act*, autorise les municipalités à acquérir les maisons déclarées notoirement insalubres par les autorités sanitaires, et à « construire des maisons propres à recevoir des ménages ouvriers ; à transformer à cet effet les maisons existantes, modifier, élargir, réparer les mêmes locaux ainsi que les disposer, meubler, garnir de tout mobilier d'accessoires et de commodités désirables. »

Les opérations ont été entreprises en 1890. Leur importance a nécessité la création d'un service de construction. Au 31 mars 1908, on évaluait à 44.060 le nombre de personnes qui avaient été logées. 6272 logements avaient été aménagés en *block dwellings* c'est-à-dire en bâtisses de quatre étages avec cours privées et parfois jardins (1).

1. Le capital dépensé jusqu'au 31 mars 1908 était de 2.596.514

Les statistiques de mortalité montrent combien ces mesures de haute portée sociale ont été bienfaisantes. A Londres, la mortalité par phtysie était de :

2,51 0/00 de 1870 à 1880

2,09 de 1881 à 1890

1,84 de 1891 à 1900

En 1901, elle n'est plus que de 1,71.

Les décès causés par maladies contagieuses sont tombés de 2,52 0/00 à 1.3 (1).

Nous devons suivre cet exemple. Dans son projet d'expropriation, M. Siegfried donnait à la commune le pouvoir d'affecter les terrains expropriés à des constructions d'utilité publique, ou de les attribuer à des sociétés de construction à bon marché. Sous son impulsion, le Parlement votait en 1906 la loi qui autorise les communes à céder aux sociétés de constructions des terrains ou des constructions jusqu'à concurrence de la moitié de leur valeur réelle.

Depuis cette époque, un mouvement se dessine en France. Dans de nombreuses villes, dans les centres industriels notamment, des maisons s'élèvent auxquelles sont décernés des certificats de salubrité qui les exemptent du paiement des impôts des portes

livres sterlings, et la valeur brute des revenus des habitations ainsi terminées est à peu près de 177.487 livres sterlings par an.

1. *Sanitary Record*, 30 avril 1908.

et fenêtres pendant douze ans. Plusieurs enquêtes (une vient d'être faite dans le département du Nord) ont montré que la mortalité générale est moins élevée dans les rues où existent ces maisons, et que notamment les décès tuberculeux s'y font plus rares.

Dans le département de la Seine, l'œuvre du Comité du patronage des habitations à bon marché et de la prévoyance sociale a été particulièrement féconde. Elle s'est manifestée sous toutes les formes d'assistance sociale : enquêtes, secours de logement, assistance aux pauvres, développement des sociétés, etc.

La première question à résoudre était l'établissement d'un prix minimum de loyer. M. Cheysson a démontré qu'une pièce habitable revenait à 100 fr. Or, pour loger une famille, il faut 3 pièces, ce qui suppose un loyer de 300 francs. Un ouvrier qui gagne 5 francs, qui est marié, père de deux enfants ne peut pas disposer de cette somme. Aussi habite-t-il, le plus souvent, dans un logement resserré et malsain.

« Voici la famille V..., 117, rue de Javel, jeune ménage, mais le mari (plâtrier) souvent malade ; la femme également, 3 jeunes bébés ; 140 francs de loyer, c'est-à-dire une pièce très petite, sans air. L'enquêteuse conseille le déménagement. « Déménager, répond la mère, prendre plus grand, donc

« plus cher ! Mais puisque nous ne pouvons déjà
« arriver à payer ici ! »

« Et c'était vrai. Il n'y avait plus rien à dire, mais
à aider les malheureux, en payant leur terme, à vivre
de cette façon, pas très longtemps... car nous constatons les progrès de la tuberculose partout, dans
les misérables maisons encore restantes (1). »

Que deviendront ces malheureux le jour où l'expropriation rasera leur mesure et les mettra dans la rue ? C'est le rôle de l'administration de leur procurer un foyer salubre où ils vivront mieux, où ils ne seront pas condamnés à payer un douloureux tribut à la tuberculose.

Il faut multiplier les habitations à bon marché. Sans doute, des entrepreneurs, des sociétés, alléchés par les avantages concédés (la municipalité parisienne accorde aux propriétaires d'habitations salubres la remise des taxes municipales) ont construit à bon marché, mais dans un but de spéculation. Les résultats sont lamentables : murs en « carton », pièces étroites ; parfois les choses les plus indispensables sont oubliées : les cheminées, les escaliers, les cabinets...

En 1908, le Comité des habitations à bon marché

1. Enquête citée par M. Ambroise Rendu. Rapport au Conseil municipal sur le développement des habitations à bon marché, 1910.

du département de la Seine a dû refuser 116 certificats.

Or, ce qu'il faut, ce qu'a voulu le législateur, ce ne sont pas des bicoques échafaudées à la va-vite, mais des maisons solides et saines construites selon les prescriptions des règlements sanitaires.

Pour arriver à ce résultat, le préfet de la Seine propose de favoriser le développement des sociétés, et de les aider à abaisser le plus possible le prix des loyers. En Belgique, la Caisse générale d'épargne leur accorde des avances qui peuvent s'élever jusqu'aux 9/10 de la valeur des immeubles. Dans son mémoire qui a été rapporté au conseil municipal par M. Ambroise Rendu, M. de Selves demande qu'une somme de 15 millions soit consacrée à faire des prêts à ces sociétés moyennant un intérêt annuel de 2 o/o l'an.

Au Conseil Municipal, cette mesure a été jugée insuffisante. M. Brunet, reprenant avec un certain nombre de ses collègues une proposition antérieure de M. Turot a fait ressortir (1) que, du fait du vote de 300 millions de travaux de viabilité qui doivent être accomplis en dix ans, nombre d'habitations occupées par des travailleurs vont disparaître. Pour assurer à cette population un logement hygiénique, il demande que la ville soit autorisée à émettre un

1. Séance du 11 juillet 1909.

emprunt de 50 millions destiné à la construction d'habitations à bon marché (1).

Il faut pousser très activement le développement de ces habitations. Leur influence sur la santé publique sera bienfaisante. Cette œuvre de prévention qui « épargne la chute initiale apparaît de plus en plus comme la forme vers laquelle il faut tendre résolument pour dilater le plus possible le domaine de la prévoyance en rétrécissant celui de l'assistance (2) ».

Une autre question se présente qui est le corollaire de celle que nous venons d'étudier : la création d'espaces libres. Il faut multiplier les espaces libres qui purifient l'air et mettent un peu de joie dans les quartiers sombres et populeux.

A Londres, la mortalité tuberculeuse a diminué d'un cinquième depuis quarante ans que l'on y aménage des squares et des parcs, et le peuple anglais défend jalousement leur conservation (3). Il y a quelques années, une société financière voulut acheter le parc de Richmond et en lotir une partie. A peine ce projet fut-il connu que de toutes parts des réclamations s'élevèrent. Une campagne fut

1. Ce vœu a été renvoyé à la première commission.

2. M. Cheysson.

3. Un act de 1878 prévoit que la cité de Londres doit veiller à la conservation et à la préservation des espaces libres.

menée qui aboutit au rachat du pare par les comités riverains, et deux bills du Parlement en prononcèrent l'inaliénabilité.

En 1909, John Burns faisait voter une loi : « Town planing law » qui autorise l'État à intervenir dans le cas où les communes n'aménagent pas de « play grounds » (1).

Dans toutes les cités allemandes, notamment à Dresde, Cologne, Munich, les jardins se multiplient. Les villes américaines sont parsemées de terrains de jeux : 700 associations de dames se sont fondées pour l'embellissement des cités. A Amsterdam, le règlement sanitaire exige¹ que chaque maison ait autour d'elle un espace égal au quart de sa superficie non bâtie. En Suède, la loi oblige les villes à ménager des libres.

En France, au contraire, le mouvement a été inverse. A Paris notamment : En 1789, on évaluait 391 hectares d'espaces plantés pour 3.390 de surface totale. Sur cette même surface, il n'y en a plus maintenant que 137.

C'est le résultat navrant de l'afflux de la population. Il faut une superficie donnée pour faire tenir le plus grand nombre possible d'habitants... On réduit aux moindres dimensions possibles les parties de ter-

1. Terrains de jeux.

rains improductives; au manque d'air s'ajoute le manque de lumière (1). »

La désaffectation des fortifications qui a rendu libres de grands espaces de terrains a occasionné deux propositions de lois. L'une de M. Siegfried, l'autre de M. Dausset. Ce dernier proposait de construire à la place des fortifications, et d'aménager des espaces libres dans la zone militaire.

Dans cette zone, la ville se heurte aux exigences privées.

De même, pour établir dans Paris des jardins et des parcs comme pour abattre des masures, il faut exproprier. L'expropriation coûte très cher.

Le décret du 26 mars 1852 consacrait une notable extension des pouvoirs des villes en matière d'expropriation. Il leur reconnaissait le droit de comprendre dans l'expropriation les parcelles restant en dehors de l'alignement si leur étendue ne permettait pas d'y élever des habitations salubres. Grâce à ses dispositions, la Ville de Paris put s'agrandir de façon remarquable durant le second empire. Malheureusement, ce pouvoir fut jugé exorbitant par M. de Marcère; il estimait « qu'il s'agissait là d'un cas d'expropriation pour cause d'insalubrité publique qu'il faut soumettre au chef de l'État comme les expropriations nécessaires pour la facilité de la cir-

1. M. Rey, Congrès de Genève, 1906.

cultation », et il fit voter le décret loi du 18 juin 1876 d'après lequel si « postérieurement au décret portant déclaration d'utilité publique, l'administration reconnaît la nécessité d'acquérir des parcelles d'immeubles situées en dehors des alignements, il y a lieu de procéder à l'enquête prévue au titre III, loi de 1841 et que, même en l'absence d'opposition de la part du propriétaire, l'expropriation n'en pourra être autorisée que par un décret rendu en Conseil d'État ».

Or, depuis vingt ans, la jurisprudence du Conseil d'État a réduit considérablement les pouvoirs de l'administration : elle a décidé, en effet, qu'une parcelle de terrain de 60 mètres suffit pour élever une construction salubre.

Au point de vue de l'hygiène, cette conception ne saurait être discutée : les parcelles restantes sont le plus souvent déformées et mal situées ; elles rendent impossible toute construction. Au point de vue financier les conséquences en sont fâcheuses. Les expropriations partielles coûtent très cher. M. Jeanneney disait au Sénat (1) que « souvent pour une bande de terrain qui ne dépasse pas 3 ou 4 mètres de profondeur, les villes ont dû payer la valeur de l'immeuble en entier en laissant au propriétaire tout ce qui n'était pas retranchable, et, pourtant vient d'acqué-

1. Séance du 7 février 1911.

rir une plus value ». On a cité maintes fois une opération effectuée rue de Belleville. 17 m. 50 de terrain pris sur un immeuble ont coûté 243,450 francs, soit 13911 francs le mètre. Dans la même rue, presque en face, le Ville a payé pour tout un immeuble de 107 mètres 80,94.000 francs, soit 872 francs le mètre.

Ces résultats ont ému le Parlement. Il s'est préoccupé de la situation de la ville de Paris qui vient d'être autorisée à contracter un emprunt de 450 millions pour la voirie. Le 15 mars 1910, la Chambre votait un projet de M. Raynaud qui modifie la loi de 1841. Désormais, « lorsqu'il s'agit d'un ensemble de travaux ayant pour objet d'assainir ou d'améliorer en totalité ou en partie un quartier de ville tant au point de vue de l'esthétique que de la facilité de la circulation publique, les terrains et bâtiments dont il est nécessaire d'acquérir une partie prise dans le plan de l'opération seront expropriés en entier au lieu d'être simplement distraits de la totalité de l'immeuble intéressé ».

Ce projet a rencontré quelques résistances, au Conseil Municipal de Paris, notamment. On objecte qu'avec ce texte trop rigide, les communes se trouveront forcées dans tous les cas de recourir à l'expropriation totale fort coûteuse, alors qu'elle peut ne pas être indispensable.

Au Sénat, la question a été rapportée par M. Jean-neney. L'honorable sénateur estime qu'il vaut mieux

pour le moment ne pas toucher à la loi de 1841 (une commission au ministère de l'Intérieur s'occupe de la remanier) et qu'il suffit de s'en prendre au décret de 1852 qui s'applique à Paris et aux grandes villes (1). La Haute Chambre l'a suivi, et a voté, le 7 février 1911, une « proposition de loi tendant à modifier l'article 2 du décret loi du 26 mars 1852 relatif aux rues de Paris ».

La proposition est ainsi conçue :

« Dans tout projet d'expropriation pour l'élargissement, le redressement ou la formation des rues de Paris, l'administration aura la faculté de comprendre les immeubles atteints, lorsqu'elle jugera que les parties restantes ne sont pas d'une étendue ou d'une forme qui permette d'y élever des constructions salubres, ni des constructions en rapport avec l'importance de l'esthétique de la voie.

« Si elle est demandée par l'une des parties, l'expropriation sera de droit pour toute parcelle restante ne dépassant pas 150 mètres carrés, ou encore pour l'intégralité de tout immeuble atteint lorsque des constructions à démolir en tout ou en partie pour l'exécution du projet déclaré d'utilité publique occuperont plus de moitié de sa superficie totale...

1. L'article 9 du décret prévoit que le bénéfice en sera accordé par décret aux villes qui en feront la demande. 169 municipalités ont bénéficié de mesures de ce genre. M. Jeanneney, Séance 7 février 1911.

Les parcelles de terrains acquises en dehors des alignements et non susceptibles de recevoir des constructions salubres ou esthétiques seront réunies aux propriétés contiguës, soit à l'amiable, soit par l'expropriation de ces propriétés conformément à l'article 53 de la loi de 16 septembre 1807. »

SECTION II

LES MESURES DE PROPHYLAXIE QUI TENDENT A ÉVITER LA PROPAGATION DES MALADIES CONTAGIEUSES

Pour protéger la collectivité contre la dissémination des germes qui émanent d'un malade, la science a fourni des méthodes certaines qui permettent de circonscrire le mal, de l'étouffer dans son foyer.

Par la vaccination, la désinfection, l'isolement, la route est fermée à la pénétration microbienne.

Aucune de ces mesures prise isolément n'est suffisante : « On ne saurait considérer comme des mesures efficaces de prophylaxie l'éviction-d'écoliers atteints de diphtérie sans la désinfection de tout ce qu'ils ont pu souiller, sans l'inoculation préventive de leurs camarades demeurés indemnes ; l'isolement des varicelleux sans la désinfection de leur logement et des linges contaminés, sans la revaccination des personnes de leur entourage ; l'antiseptie est le complé-

ment nécessaire de l'isolement, sans lequel il constituerait une mesure illusoire et dangereuse.

« Les vaccinations préventives des individus constituant une collectivité menacée sont généralement les plus importantes des mesures prophylactiques. Mais elles n'excluent nullement la désinfection des locaux et des objets divers contaminés par les malades, qui en est le complément naturel.

» En somme, nulle mesure de prophylaxie n'est parfaite. Nulle ne pourrait à elle seule assurer à l'individu, aux collectivités une immunité certaine contre la contamination qui les guette ou l'infection qui les menace. Chaque maladie transmissible a sa méthode prophylactique qui lui est propre, qui doit lui être spéciale » (1).

1. D^r Mosny, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1907, p. 242.

CHAPITRE PREMIER

LA VACCINATION

La loi de 1902 dispose, dans son article 6, que la vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie, ainsi que la vaccination au cours de la onzième et vingt et unième année.

C'est là une mesure de prophylaxie essentiellement préventive. Elle a pour but de rendre les individus réfractaires à la contagion.

C'est en 1776 que Jenner, à la suite d'une heureuse expérimentation, découvre le vaccin de la variole. Pasteur vient, qui réalise l'immunité pour le charbon, le rouget des porcs, le choléra des poules. Avec lui la vaccination prend un grand essort. Elle s'affirme comme une conquête indiscutable de la science. En même temps, il apparaît que pour lutter effectivement contre ce fléau terrible qu'est la variole, il ne suffit pas de quelques mesures de précaution prises de ci, de là, remises à la bonne volonté des particu-

liers, mais qu'au contraire une application méthodique de la méthode jennérienne est nécessaire. Le législateur pose donc le principe de l'obligation pour l'individu. Comme corollaire, il prévoit pour en assurer le bon exercice, l'application de mesures, de procédés efficaces, l'organisation de services qu'un règlement d'administration publique déterminera après avis de l'Académie de Médecine et du Comité Consultatif d'hygiène.

Le concours du corps médical était nécessaire pour arrêter les bases qui devaient servir de modèles aux assemblées départementales. La constitution et le fonctionnement des services devaient, pour être efficaces, se conformer à certaines prescriptions scientifiques, et permettre un mode de contrôle tant administratif que technique. C'est conformément à ces principes qu'ont été rédigés les décrets du 27 juillet 1903, les arrêtés ministériels et les instructions des 28 et 30 mars 1904, les circulaires du 7 août 1903 et 31 mars 1904 qui réglementent la vaccination.

Au point de vue technique, le contrôle supérieur appartient à l'Institut de vaccine constitué auprès de l'Académie de Médecine. Il veille à l'entretien des meilleures semences vaccinales et s'occupe du perfectionnement de la production du vaccin. Antérieurement à la loi du 15 février 1902, l'Académie de Médecine envoyait gratuitement le vaccin aux départements : l'État lui accordait une subvention.

Depuis, ce sont des établissements publics ou privés dirigés par un médecin qui distribuent le vaccin. Ces établissements sont soumis à la surveillance de l'autorité publique. Dans chaque département, une commission de 3 membres (dont 2 médecins) choisis dans le Conseil départemental d'hygiène les inspecte chaque fois qu'elle le croit utile ou qu'elle y est invitée par l'autorité supérieure. L'inspection recherche si ces établissements se conforment aux prescriptions arrêtées après avis de l'Académie de Médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique, prescriptions qui imposent à ces établissements des mesures d'hygiène spéciales et des épreuves propres à constater l'efficacité du vaccin (1).

Ce sont là des mesures dont il importait de laisser l'application et le contrôle au corps médical. Le fonctionnement du service repose donc sur des bases scientifiques.

Au point de vue administratif, l'organisation telle qu'elle a été arrêtée par le décret du 27 juillet 1903 présente un caractère essentiellement départemental.

Le préfet nomme les médecins et autres agents de service, les membres de la commission chargés du

1. « La récolte et la préparation du vaccin doivent être pratiquées dans des conditions d'asepsie rigoureuses. » Arrêté du 30 mars 1904.

contrôle des opérations vaccinales. Le conseil général arrête les circonscriptions vaccinales formées de une ou plusieurs communes.

La réglementation nouvelle prévoit 3 vaccinations ou revaccinations consécutives que « la science médicale considère comme indispensables pour mettre les individus jusqu'à l'âge de leur majorité à l'abri des atteintes de la variole ». Les intéressés sont tenus de s'y conformer. Ceux qui n'assistent pas aux séances publiques doivent (les parents ou tuteurs sont responsables) déposer à la mairie dans l'année où ils sont soumis à la vaccination un certificat délivré par un médecin ou par une sage-femme, indiquant la date et le résultat de l'opération.

Pour contrôler la stricte application de cette prescription, il faut connaître les assujettis. Les municipalités doivent en conséquence établir des listes annuelles portant le nom des personnes soumises par leur âge à cette obligation, ces listes permettent d'assurer le fonctionnement du service et son contrôle.

Elles sont au nombre de quatre :

La première comprend tous les enfants nés dans la commune, ayant plus de trois mois et moins d'un an le jour de la séance de vaccination, les enfants du même âge nés dans une autre localité et résidant dans la commune, ceux qui plus âgés, n'auraient pu être vaccinés pour une raison quelconque, enfin ceux qui antérieurement vaccinés doivent l'être de

nouveau parceque la première opération n'a pas été suivie de succès.

Cette liste est facile à établir, le maire ayant sous sa main les fiches des enfant nés dans la commune. Mais, notons une lacune : si l'enfant quitte la commune avant le troisième mois, et si ses parents ne veulent pas le faire vacciner, comment pourra-t-on les atteindre ?

La deuxième liste comprend tous les enfants inscrits dans les écoles et qui sont entrés dans leur onzième année au moment de la séance de vaccination, et ceux qui, quel que soit leur âge n'auraient pas subi la vaccination ou la revaccination.

Les enfants qui reçoivent l'instruction à domicile doivent être déclarés par leurs parents ou tuteurs. En fait, cette disposition est peu observée.

La troisième liste comprend toutes les personnes qui se trouvent au cours de leur vingt et unième année et résident dans la commune.

Pour les jeunes gens, la loi de recrutement est d'un précieux secours ; il suffit de s'assurer que tous ceux qui se font inscrire sur les listes de recrutement ont été vaccinés. En ce qui concerne les femmes, il est difficile de les atteindre ; beaucoup n'habitent plus à cette époque au lieu de leur naissance.

L'article 9 du décret du 27 juillet 1905 prévoit une quatrième liste sur laquelle sont portées toutes

les personnes dont la vaccination doit être renouvelée.

L'établissement de ces listes a motivé d'assez vives doléances. Le rapport de l'Inspection Générale des services administratifs cite des cas de négligence qui, dans certains départements ont compromis le bon fonctionnement du service. Dans un très grand nombre de communes, elles ne sont dressées que lors des séances et ne contiennent que le nom des personnes qui sont venues volontairement se faire vacciner. C'est ce qui se passe habituellement dans des départements tels que la Sarthe et la Seine-et-Marne. « Il n'est pas rare, dit M. Bluzet, de rencontrer des listes II et III (onzième et vingt et unième années) complètement négatives dans des communes qui possèdent cependant une nombreuse population scolaire et un appréciable contingent de conscrits. Il est enfin presque exceptionnel qu'on reporte sur la quatrième liste comme on devrait le faire les absents ou les vaccinés sans succès de l'année précédente. »

Ces négligences, ne pourraient plus se produire si les listes étaient établies préalablement aux séances et dûment vérifiées. Dans certains départements (Var, Saône-et-Loire, Loire-Inférieure, Finistère etc.) les employés de la mairie dressent les listes puis les envoient à la préfecture où elles sont rectifiées.

En outre, il y aurait intérêt à réaliser la simplification de ces listes. Pour une petite commune, l'établissement de quatre listes sur formules imprimées, avec tableau récapitulatif par liste, entraîne une assez grosse besogne. Dans la Côte-d'Or, on a innové un très heureux système d'imprimés formant double feuille sur lesquels les quatre listes sont réunies. Il n'y a plus qu'un tableau récapitulatif.

En ce qui concerne le fonctionnement en lui-même du service, le rapport de l'Inspection Générale indique quelques remaniements fort ingénieux qu'il est bon de citer.

La convocation des assujettis se fait presque uniquement par voie d'affiches. C'est insuffisant. On ne lit presque pas les affiches. Il serait préférable de permettre l'envoi de convocations individuelles. Ce système, mis en pratique dans le Gard, dans les Ardennes et dans un certain nombre de localités pourvues de bureau d'hygiène, y a donné des preuves de son efficacité : il attire l'attention sur la loi et permet de vaincre certaines résistances.

En ce qui concerne la tenue des séances, la date et les conditions en sont arrêtées ordinairement par les médecins vaccinateurs et les maires. Mais, dans la plupart des départements, l'Administration n'en est informée qu'en fin d'année par le renvoi des listes. Tout contrôle de sa part sur l'exécution des opérations est, par conséquent, impossible. Pour y remé-

dier, il suffirait d'inviter le maire à adresser à la préfecture un avis annonçant à l'avance la date de la séance. De la sorte, la préfecture pourrait envoyer en temps utile un délégué chargé du contrôle. Ce serait tout naturellement l'inspecteur départemental d'hygiène là où il existe.

La création, dans chaque département, d'un poste d'inspecteur départemental d'hygiène serait particulièrement utile pour assurer la bonne marche et le contrôle du service de la vaccination. Bien qu'au point de vue financier un effort très sérieux ait été accompli (le montant des dépenses publiques affecté à la vaccination était de 16.331 francs en 1903, de 227.835 francs en 1904 ; il s'est élevé à 912.103 francs en 1908 et 920.073 en 1909), le service fonctionne de façon insuffisante. Ceci provient de vices de mécanisme purement administratifs, de manquements aux règles prescrites, du mauvais établissement des listes, et d'un manque absolu de contrôle.

Les commissions de contrôle instituées par l'arrêté du 28 mars 1904 n'ont pas fonctionné. Dans l'ensemble des services leur rôle a été « presque complètement nul », et l'on arrive à la constatation « qu'aujourd'hui, se fait vacciner qui veut ».

L'administration a donc l'impérieux devoir de réorganiser ces services. Les listes qui, nous l'avons montré, sont la condition de leur bon fonctionnement doivent être établies avec soin et vérifiées. Pour les

établir, les bureaux d'hygiène seront d'un précieux secours ; et pour tout ce qui a trait au fonctionnement en lui-même du service, et notamment à l'inspection des établissements vaccino-gènes, à la surveillance des séances, à la concentration des résultats, ceci rentre dans les attributions de l'inspecteur départemental d'hygiène.

Contre les réfractaires, s'il s'en présente, il faut recourir à la contrainte.

Mais, dit-on, jamais on n'obtiendra que les maires (1) verbalisent contre leurs administrés pour contravention de vaccine, et l'on cite le cas d'une petite ville de l'Est où le maire, qui s'y est risqué, y a perdu son écharpe. Une sanction, cependant, est nécessaire pour vaincre les résistances. On la trouve dans l'article 27 de la loi de 1902 qui dispose que « sera puni des peines portées à l'article 471 du Code pénal quiconque aura commis une contravention aux dispositions des articles 5, 6, 7, etc. ». Le Conseil d'État, le 4 juin 1908, a arrêté que les agents qualifiés pour veiller à l'application de la loi de 1902 sont notamment : « et en dehors des agents tenant leurs pouvoirs de la législation générale... les maires, les membres du service municipal organisé sous

1. Le règlement d'administration publique stipule que le maire ou le commissaire de police dresse contre ceux qui n'ont pas fourni le certificat de vaccine un procès-verbal constatant la contravention à l'article 6 de la loi de 1902.

leur autorité, et les membres du service d'inspection créé par le préfet. » M. Bluzet soutient qu'en présence de l'inaction des maires « l'autorité préfectorale aurait le droit de faire dresser procès-verbal aux réfractaires après vérification des listes vaccinales, soit par les inspecteurs départementaux là où il en existe, soit par la gendarmerie ».

Cette façon de voir doit être adoptée et mise en pratique. De la sorte la loi ne restera pas sans sanction.

Ce n'est qu'en poursuivant l'application stricte de la loi que nous pourrons arriver au résultat conquis par l'Allemagne qui a chassé la variole de son territoire. Chez nous, elle fait encore des morts. L'année dernière, la section marseillaise de l'Association ouvrière de l'hygiène et de la sécurité des travailleurs des ateliers émettait le vœu qu'une lutte sans merci soit immédiatement engagée contre la fièvre typhoïde et la variole qui causent des ravages à Marseille dans les rangs de la classe ouvrière ; elle demandait que pour lutter efficacement contre la variole un service de vaccination fût annexé à la clinique ouvrière de la Bourse du travail.

La vaccination est généralement admise en France ; elle entre de plus en plus dans nos mœurs. Lorsqu'en 1907 on signala que quelques cas de variole étaient apparus à Dunkerque, le chiffre quotidien des vaccinations faites à l'Académie de médecine

s'éleva subitement de 0 ou 5 à 1.000, 1.500 et 2.000 par séance. Près de 500.000 vaccinations furent ainsi opérées. Le terrain parisien resta réfractaire à l'invasion. A Dunkerque, l'épidémie fut étouffée en quelques jours.

Ceci vient à l'appui de ce que nous disions : il faut répandre la vaccination. Alors, en France, comme en Allemagne, on ne mourra plus de la variole (1).

Une loi spéciale du 25 avril 1899 a réglé l'emploi des sérums. Elle dispose que « les virus atténués sérums thérapeutiques, etc., ne peuvent être débités qu'autant qu'ils ont été au point de vue soit de la fabrication, soit de la provenance l'objet d'une autorisation du gouvernement rendue après avis du Comité Consultatif d'hygiène publique de l'Académie de médecine ».

La sérothérapie issue des découvertes de Pasteur est un mode de thérapeutique curative qui s'applique aux malades déjà atteints par l'infection.

C'est en 1893 que Roux eut la pensée d'inoculer à

1. Nous n'avons plus à proprement parler d'épidémie de variole. Celle qui a écarté à Paris, il y a deux ans nous a été apportée par des étrangers. M. Louis Martin a déposé au Sénat une proposition qui tend à imposer la vaccination et la revaccination aux vagabonds, aux forains et aux étrangers qui pénètrent sur notre territoire. Le 14 avril 1911, cette proposition a été renvoyée aux bureaux du Sénat.

un cheval des toxines du bacille de la diphtérie. L'injection du sérum de ce cheval inoculé sauve l'homme de la diphtérie. En 1887, la diphtérie faisait mourir en France 20.000 enfants. En 1909, on ne compte plus que 3.600 décès. Cette diminution est due à l'emploi du sérum antidiphtérique.

La sérothérapie n'est pas spéciale à la diphtérie; elle s'applique au tétanos, à la méningite cérébro-spinale, à la dysentérie, à la peste et au choléra.

Vis-à-vis de la fièvre typhoïde, le sérum est un auxiliaire-précieux de la thérapeutique. D'avril 1901 à juillet 1907, le nombre de malades soignés dans les hôpitaux de Paris pour fièvre typhoïde, a été de 5.621 sur lesquels 960 sont morts, soit une proportion de 17 0/0. Depuis cette époque, 1.000 typhiques ont été soignés dans les services du bastion 29 que dirige le Dr Chantemesse. 43 sont morts, soit une proportion de 4,3 0/0. M. Chantemesse estime que ce bénéfice de vies humaines est dû à l'emploi du sérum antityphoïdique.

CHAPITRE II

LA DÉCLARATION DES MALADIES

La déclaration des maladies est la « clef de voûte de l'édifice sanitaire ». Une maladie épidémique ou contagieuse éclate dans un immeuble. Elle peut se propager, gagner le voisinage. Pour en préserver la collectivité, il faut l'arrêter dans son foyer, l'y étouffer.

Pour être victorieuses, les mesures de prophylaxie doivent être prises sur-le-champ. La déclaration, qui les met en mouvement a donc une importance capitale.

En 1822, la loi prescrit la déclaration des maladies pestilentiellees. L'obligation s'impose à tous.

La loi du 30 novembre 1892 reprend le principe. Elle augmente la liste des maladies dont la déclaration obligatoire ou facultative incombe au docteur, officier de santé ou sage-femme. La loi de 1902 complète celle de 1892.

L'Académie de Médecine chargée, avec le Comité

consultatif d'hygiène publique de rédiger la liste des maladies dont la déclaration devait être obligatoire, a visé celles qui « peuvent compromettre gravement la santé d'un grand nombre de personnes au voisinage d'un malade, et... qui doivent être justiciables non seulement de soins médicaux individuels, mais aussi d'une intervention administrative et de mesures sanitaires imposables dans l'intérêt de l'hygiène publique ». Il s'agit donc de maladies particulièrement graves dont la diffusion serait un danger pour la santé publique. C'est au nom de l'intérêt général que le médecin doit les déclarer afin que soient prises d'urgence des mesures de préservation sociale.

Or, depuis près de vingt ans, le corps médical ne cesse de s'élever contre cette obligation. La tribune de l'Académie de Médecine, les congrès, la presse, retentissent de ses doléances.

Certains médecins objectent :

Vous nous demandez une dénonciation qui est contraire à l'obligation du secret médical. Depuis Hippocrate, le principe s'est affirmé comme un dogme; il est l'essence de notre profession. Le médecin qui pénètre dans la chambre du malade devient son confident : misères, souffrances, secrets de famille parfois, lui sont confiés. Mais un engagement moral supérieur, un contrat tacite le lie. Ne jurait-il pas à Montpellier que « ses yeux ne verraient pas ce qui se passe, que sa langue tairait les secrets qui lui

seraient confiés ». Cette obligation au secret, que la morale publique réclame et que le temps a sanctionnée, fait aussi la force du médecin, car plus de dignité s'attache de ce fait à l'exercice de son art. Les prescriptions de la loi ne sauraient prévaloir à l'encontre de la loi naturelle qui prescrit l'obligation du silence. « Les suggestions de la conscience, dit M. Kelsch, ne vieillissent point ! »

Quittant ce domaine philosophique, d'autres médecins répliquent : « Déclarer la maladie ! mais notre client nous le défend et nous accuse de trahison. Vous allez, dit tel commerçant, jeter l'interdit sur ma maison. Je ne veux pas, s'écrie un père de famille, que mes enfants atteints de variole passent pour des pestiférés. Vous allez nous créer des ennuis de toute sorte. Un de vos confrères plus conciliant vous remplacera, qui saura nous les éviter ! »

Si bien que le médecin qui se piquerait d'obéir à la loi devrait renoncer, ou presque, à toute la clientèle qui n'est pas pénétrée des notions d'hygiène...

A ces arguments, M. Widal répond avec sa haute autorité : La loi peut défaire ce qu'elle a fait. Là où elle ordonne, le médecin est délié de toute obligation envers son client. « L'invocation du secret professionnel est une excuse inadmissible..., les découvertes pastoriennes ont montré comment un malade pouvait devenir un être redoutable par les germes innombrables qu'il répand autour de lui. De ce jour

un contrat social inconnu jusque-là s'est imposé au médecin..., les considérations du second ordre, un peu mesquines, ne doivent pas aller à l'encontre. »

« Pardon, réplique le Dr Drouineau, ce que vous appelez des considérations mesquines, ce sont en somme les relations du médecin avec sa clientèle, la préoccupation de la situation présente et future », et il ajoute : la certitude que la déclaration est le plus souvent non suivie d'effet. Les progrès de la science nous ont sans nul doute mieux renseignés sur les causes des maladies, partant sur les mesures à prendre pour prévenir leur transmission et défendre la société contre le malade. Mais, pourquoi cette obligation incombe-t-elle au seul médecin ; pourquoi le contrat social imposé par l'évolution scientifique ne lie-t-il que lui ? La famille est vite renseignée sur la nature du mal ; le médecin peut lui en faire comprendre toutes les conséquences. Pourquoi donc le chef de famille n'est-il pas tenu lui aussi de déclarer. Le Comité consultatif d'hygiène et M. Cornil se prononçaient d'ailleurs en ce sens lors de la discussion de la loi. Il est illogique, il est injuste de faire supporter le fardeau de cette obligation au seul médecin.

Lors de la discussion, on a dit : le médecin demande à être protégé dans l'exercice de son art, soit ; mais il doit à son tour protéger dans la mesure du possible la société. « Qu'il dise à l'autorité : tel malade est dangereux, l'administration fera le reste. »

L'administration n'a rien fait, ou presque rien. Et les médecins ont encore pu arguer trop justement, hélas, que la déclaration était inutile là où elle n'est suivie d'aucun effet. Dans telle ville, les cartes-lettres de déclaration restent enfouies dans les tiroirs de la mairie ; dans telle autre, elles servent uniquement à confectionner une statistique ; ailleurs, l'enquête sur les cas de maladie est confiée aux gendarmes qui enquêtent sans discrétion (1). Et outre, presque nulle part le service de désinfection n'est bien organisé. Là où il fonctionne, il intervient sans aucun tact et d'une façon brutale. A ce point de vue, l'objection des médecins n'est pas dénuée de fondement, et ce qui le prouve c'est qu'à mesure que les services de désinfection s'organisent, le nombre des déclarations augmente : de 27.134 en 1902, 66.967 en 1905, 70.430 en 1906, 86.269 en 1907, 94.207 en 1908, il s'élève en 1909 à 116.592.

Le corps médical demande la modification de la loi. Quelle réforme propose-t-il ?

Deux courants se manifestent :

La déclaration des maladies doit être faite par le chef de famille. Rien de plus naturel que d'assimiler la déclaration obligatoire d'une maladie à une déclaration de naissance ou de décès. Le médecin a rem-

1. Rapport de l'inspection des services administratifs pour l'année 1908.

pli son devoir quand il a informé le chef de famille de son diagnostic, et qu'il l'a prévenu qu'il doit, sous peine de sanction pénale, en informer l'autorité administrative. Il est conforme au principe de responsabilité qu'un chef de famille soit tenu de déclarer qu'un foyer d'infection existe chez lui.

C'est en ce sens que s'est prononcé le Congrès des praticiens, le 10 avril 1910. Cette conception est, à notre avis, fâcheuse et inacceptable. Fâcheuse parce que, dans nombre de cas, le chef de famille, insuffisamment renseigné sur les dangers de la maladie, ou n'en comprenant pas la gravité, ne déclarera pas. Inacceptable enfin, parce qu'il est inadmissible que, dans tous les cas, le médecin soit déchargé de l'obligation. Un médecin constaterait un cas de choléra ou de variole, et il ne le dénoncerait pas ! Mais il sait mieux que tout autre combien ces maladies sont dangereuses ; il sait que le fait seul d'approcher le malade suffit pour contracter le mal ; ne sera-t-il pas « complice par imprudence » si des accidents se produisent ?

Il est plus rationnel, croyons-nous, d'admettre la thèse préconisée par l'Académie de Médecine. A la séance du 10 novembre 1908, plusieurs membres é mirent l'avis qu'il fallait décharger le médecin et faire peser la responsabilité non seulement sur lui, mais sur le chef de famille. Sur la proposition de M. Henri Monod, l'Académie émit le vœu suivant :

« La déclaration des maladies visées à l'article 4 de la loi du 15 février 1902, et dont l'Académie a établi la liste, est obligatoire solidairement pour le chef de famille, le logeur ou chef d'établissement et pour le médecin traitant. »

Ce principe a été repris dans le projet de modification de la loi de 1902, rédigé par M. Mirman et déposé par le gouvernement en 1909.

D'après ce projet (1), la déclaration à l'autorité publique de tout cas de maladies visées à l'article 4 de la loi de 1902 est obligatoire, dans les conditions ci-après, d'une part pour le docteur en médecine ou officier de santé qui en a constaté l'existence, d'autre part pour le principal occupant, chef de famille ou d'établissement, des locaux où se trouve le malade et, à son défaut, dans l'ordre ci-après, pour le conjoint, l'ascendant, le plus proche parent du malade ou toute autre personne résidant avec lui ou lui donnant ses soins.

Le praticien est tenu, dès qu'il a établi un diagnostic suffisant d'une des maladies envisagées, de remettre à la personne ci-dessus visée le bulletin de déclaration dûment rempli en lui faisant connaître les dispositions de la loi relatives à l'obligation de la déclaration.

Ladite personne devra effectuer d'urgence cette

1. Tel qu'il a été revu et modifié par la commission sénatoriale.

déclaration et au plus tard dans un délai de vingt-quatre heures.

L'autorité qui reçoit la déclaration est tenue d'aviser sans délai le praticien que la personne intéressée a fait effectivement la déclaration qui lui incombait ; si, dans les trois jours après qu'il a remis le bulletin à ladite personne, le médecin n'a pas reçu l'avis précité de l'autorité sanitaire, il est tenu de faire directement et sans délai à celle-ci la déclaration de la maladie ; si cette personne lui fait connaître son intention de ne pas effectuer la déclaration, le praticien est tenu de l'effectuer personnellement sans autre délai.

Partout où un service de constatation médicale des décès est organisé, le médecin de ce service est tenu, dès qu'il constate que le décès a eu pour cause une des maladies visées à l'article 4, d'effectuer d'urgence et directement la déclaration.

D'après le projet du gouvernement, les contraventions à ces prescriptions devaient être punies d'une amende de 50 à 200 francs, et en cas de récidive de cinq jours d'emprisonnement. La commission sénatoriale décida, sous l'impulsion de M. Paul Strauss, de ne pas maintenir la peine de l'emprisonnement « qui enlèverait à la loi nouvelle, qui, dans l'esprit même du gouvernement, est une loi de conciliation, son caractère essentiel », et elle proposa le texte suivant auquel le gouvernement, se rallia :

« L'article 27 de la loi de 1902 est modifié comme suit :

» Sera puni des peines portées à l'article 471 du Code pénal quiconque aura commis une contravention aux prescriptions des règlements sanitaires prévus aux articles 1 et 2 ainsi qu'à celles des articles 6, 7, 8 et 14...

» Quiconque aura commis une contravention aux prescriptions de l'article 5 (qui a trait à la déclaration) sera puni des peines portées à l'article 471 du Code pénal, et, en cas de récidive dans le délai d'un an, d'une amende de 50 à 500 francs. »

Le système proposé par le gouvernement et repris par la commission sénatoriale est adopté par la plupart des législations étrangères qui, dans des conditions diverses, ont associé les chefs de famille aux médecins pour cet avertissement à l'autorité. Les médecins collaborent avec les autorités sanitaires pour le plus grand bien de la santé publique. Une pareille entente doit s'établir chez nous (1). Sans le

1. « Il n'y a pas d'hygiène publique possible et complète, c'est à dire acceptée de tous, sans le concours du médecin traitant. Il est le premier dispensateur au sein des familles.

» En faisant le contraire, l'hygiène cesse d'être médicale, elle se rétrécit, elle n'est plus qu'administrative et devient impopulaire sinon odieuse, en tout cas peu féconde.

» La confiance que l'hygiéniste doit inspirer et mériter du médecin traitant est la clef de la réussite. En appelant à collaborer avec nous les praticiens, nous élargirons le domaine d'applica-

concours des médecins, comment connaître à temps un premier cas de typhoïde, de diphtérie ? Et sans l'intervention de l'administration comment prendre les mesures capables de circonscrire le mal s'il s'est déjà diffusé ? La désinfection du local, l'isolement du malade, insuffisants en eux-mêmes, doivent être complétés par des mesures générales d'assainissement (examen des eaux, de leur canalisation, du mode d'évacuation des matières, etc.) que seule l'administration peut mener à bien.

La loi ne peut fonctionner sans le concours des médecins. Le réglementation de 1902 heurtait leur conscience, allait à l'encontre de leurs intérêts. Il faut la modifier, et puisque le projet nouveau a obtenu l'adhésion des hautes sphères médicales, le faire voter, puis en poursuivre l'application.

L'administration doit inciter les médecins à faire la déclaration. C'est surtout le rôle du chef du bureau d'hygiène qui doit être en rapports constants avec eux. Ses moyens de contrôle sont faciles. Le rapport de l'Inspection Générale (1) signale la bonne tenue du registre prévu par l'arrêté ministériel du 10 février 1903. Ce registre mentionne par ordre chronologique

tion de l'hygiène. Il faut créer cette entente cordiale, seule elle permettra de réaliser l'œuvre de prophylaxie qui est notre but. » M. Henry Thierry, chef des services techniques de la Ville de Paris.

1. Rapport sur 1908.

les cas de maladie, la date de la déclaration, le nom du déclarant, la désignation des lieux. Établi pour permettre de suivre le développement des épidémies et rendre compte de l'état sanitaire des communes, il montre aussi quels sont les médecins qui ne déclarent pas.

A ceux qui s'abstiennent de parti pris, aucune fonction administrative ne devrait être confiée (membre des assemblées sanitaires, médecin, vaccinateur, médecin de l'assistance médicale, des établissements départementaux). S'il est prouvé, en outre, que dans tel cas ils ont négligé de déclarer telle maladie, une lettre courtoise de la préfecture ou de bureau d'hygiène leur rappellerait les dispositions de la loi. En cas de récidive, le parquet serait saisi.

Enfin, c'est au chef du bureau d'hygiène qu'incombe la tâche de réunir tous les éléments d'information susceptibles de dépister un cas, de dénoncer un foyer contagieux. Dans ce but, il devra réaliser une entente qui sera féconde, avec les administrations et les œuvres d'assistance, avec les hôpitaux, les bureaux de bienfaisance, etc... Les instituteurs (1) lui fourniront de précieuses données sur l'état sani-

1. Une épidémie de rougeole avait frappé une école maternelle à Alfortville, il y a quelques années. Grâce à la déclaration qui en fut faite à temps, on put fermer l'école voisine et empêcher de la sorte la contagion.

taire des écoles, ils l'avertiront même que telle absence est causée par telle maladie infectieuse. Les membres du service d'hygiène compléteront ces informations (1).

Cette action convergente seule peut donner l'éveil à temps.

1. Ainsi, du 1^{er} janvier au 24 juillet 1908, le bureau d'hygiène de Besançon a été informé de 524 cas; 57 seulement ont été déclarés! Même chose à Roubaix où l'on compte 392 avis contre 94 déclarations. Rapport. Inspection générale, p. 1909.

CHAPITRE III

LA DÉSINFECTION

La loi prévoit comme conséquence logique de la déclaration, la désinfection. Elle est obligatoire dans tous les cas de maladie prévus à l'article 4.

C'est un procédé qui assure « la destruction ou la stérilisation, par des procédés physiques ou chimiques, des agents pathogènes ou des matières virulentes déposées à la surface du sol, des murailles des locaux habités, ou bien encore des matières virulentes qui leur sont perméables (literie, vêtements...) »

La loi a visé cette mesure de prophylaxie d'une façon toute spéciale. Le maire, dans son arrêté sanitaire, détermine les précautions à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles, et « spécialement les mesures de désinfection ou même de destruction des objets souillés par le malade... ou pouvant servir de véhicule à la contagion ». Pour en assurer l'efficacité, la loi dispose que les procédés

doivent être approuvés par le ministre de l'Intérieur après avis de Comité Consultatif d'hygiène publique de France, et que les appareils, pour être employés devront être conformes à un type qui sera arrêté par le Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Le souci du législateur était légitime. La destruction des germes nocifs que diffuse le malade est la première mesure de préservation qui s'impose ; elle permet de circonscrire le mal, de « conjurer l'incendie ».

En dépit de son importance, la désinfection n'est que très insuffisamment organisée en France. Dans nombre de villes, elle ne fonctionne pas du tout. A Paris, ce service qui a longtemps prêté aux plus sérieuses critiques est en voie de réorganisation. Le 10 août 1906, le D^r Lucas Championnière pouvait dire : « La désinfection n'est pas faite ; pour parler plus exactement, les pratiques actuelles sont tout à fait incapables de déterminer une désinfection sérieuse » ; dans un rapport du 1^{er} mars 1908, le chef du service de la désinfection chargé de le réorganiser posait en principe que les procédés employés contre les maladies dont la déclaration est obligatoire étaient insuffisants, qu'il fallait augmenter le personnel, le matériel, améliorer les méthodes... M. le professeur Chantemesse, dans une étude sur ce projet de réorganisation du service, écrivait : « Les maladies sur la propagation desquelles la désinfec-

tion des locaux contaminés devrait exercer, semble-t-il, le plus d'influence, n'ont pas subi une diminution aussi forte qu'on le souhaiterait (1) ».

En province, la situation est pire. L'inspecteur général Bluzet, dans son rapport sur l'année 1909, auquel nous allons nous reporter, montre que partout le service est à l'état embryonnaire.

Il y a juste sept départements : la Gironde, la Loire, le Morbihan, le Rhône, la Seine, la Seine-Inférieure, qui l'ont véritablement organisé. Dans douze autres départements, le fonctionnement est suffisant, C'est tout ou à peu près. Ailleurs, le service est « de pure façade ». Presque partout on constate un manque absolu d'organisation.

La principale cause en est le mauvais vouloir des assemblées départementales qui se refusent à voter les crédits nécessaires, ou se désintéressent tout à fait de l'organisation de ce service. Il en résulte un mauvais fonctionnement et des échecs répétés. La désinfection n'est pas prise au sérieux par la masse, et les médecins n'y font pas appel.

L'organisation du service comprend la création de postes, l'acquisition du matériel, la composition du

1. Le D^r Henry Thierry a fait installer une nouvelle usine de désinfection, rue des Récollets, qui va être inaugurée en juin courant, et qui possède les systèmes les plus nouveaux.

personnel (1). Ce sont là les bases suivies par l'enquête de l'Inspection Générale des services administratifs. Il est suggestif de s'y reporter.

L'organisation matérielle des postes est souvent incomplète. Beaucoup ne sont pourvus que d'un approvisionnement de désinfectants qui ne peuvent assurer que la désinfection en « surface ». Certains départements ont un vieux matériel d'étuves à vapeur inutilisé depuis vingt ans ou des appareils en mauvais état, détériorés, ne pouvant rendre aucun service. D'autres n'ont pas voulu faire l'achat des appareils nécessaires (Ardennes, Creuse, Lozère, Vienne).

L'importance des moyens de transport est capitale.

1. Le décret du 10 juillet 1906 réglemente l'organisation des services municipaux et départementaux. Dans les villes de 2.000 habitants et, au dessus, les mesures de désinfection sont mises à exécution par les soins de l'autorité municipale, et dans les communes de moins de 2.000 habitants par les soins d'un service départemental.

Chaque circonscription sanitaire doit être pourvue d'un poste de désinfection placé de façon à pouvoir desservir toutes les communes. Chaque poste doit disposer d'un local spécialement aménagé, être approvisionné des désinfectants nécessaires aux diverses opérations, posséder un matériel conforme aux modèles autorisés par le Conseil supérieur d'hygiène. Il est dirigé par un chef, assisté, s'il y a lieu d'agents ou d'aides.

Un délégué de la commission sanitaire dirige le service dans chaque circonscription. Pour l'ensemble des communes du département, le service est placé sous la haute main du préfet qui désigne, pour en assurer le contrôle, un membre du conseil départemental d'hygiène.

La désinfection est un service actif ; l'existence des moyens de locomotion appropriés est « la condition même de cette activité ». Dans le Rhône, la Seine-Inférieure, la Loire, la traction automobile est utilisée et rend de gros services. Certains départements par contre, ont, acheté des étuves transportables, mais ils n'ont pas de moyens de transport. Dans tel autre, les étuves ne sont jamais sorties du poste parce que le vote d'un crédit pour la location d'un cheval n'a pas été prévu !

Les locaux dans lesquels les postes sont aménagés ne répondent pas du tout à cette destination. Au cours de leurs visites, les inspecteurs du ministère ont trouvé des postes installés, ou plutôt des appareils entreposés un peu partout « dans des hangards ouverts à tous les vents, dans des remises du service des ponts et chaussées ; dans des dépendances de bâtiments hospitaliers servant de débarras ; au domicile personnel des chefs de postes, dans des sous sols rocailleux et complètement sombres, dans des caves de mairie, dans d'anciennes écuries, et même dans une écurie encore en service, la voiture étuve étant rangée à même sur la litière, côte à côte avec d'autres voitures et à deux pas des chevaux ».

Quant au personnel de service, on l'a recruté un peu partout, parmi les gens de bonne volonté, ou plus exactement, parmi les gens à tout faire. Les rémunérations accordées, insuffisantes ou dérisoires,

ne permettent ni de faire un choix effectif, ni de spécialiser des hommes (1). On ne trouve, dans nombre de départements que des auxiliaires éventuels qui donnent un coup de main de temps à autre quand les loisirs de leur métier le leur permettent. Ce sont des cantonniers, des charretiers, des concierges de mairie, des peintres, des fumistes, des teinturiers, des selliers, des couvreurs, des aubergistes, des cordonniers... nullement préparés pour cette tâche. Le service s'en ressent ; sa marche est irrégulière et défectueuse ; l'impression produite sur le public mauvaise.

La loi a prévu l'organisation d'un contrôle exercé par un délégué de la commission sanitaire dans chaque circonscription, et par un membre du conseil départemental dans chaque département. La circulaire du 18 mars 1907 prescrivait que le délégué devait être « capable de consacrer à sa mission le temps et la vigilance particulière qu'elle comporte ». En conséquence, il faut les rétribuer de façon convenable. Or, partout, la rémunération qu'on leur accorde est insuffisante. Dans certains départements

1. Le département du Cher accorde 0 fr. 50 par l'heure ; celui de la Meuse 1 franc. Dans certains départements, les employés du service reçoivent, en outre du tarif, une indemnité annuelle, mais cette indemnité ne dépasse pas 50 francs dans les Landes, 100 francs de la Haute-Marne, 150 francs dans les Hautes-Pyrénées.

(Lozère Basses-Pyrénées) il ne leur est alloué que des frais de déplacement.

Quant au contrôle départemental « il est le plus souvent mal exercé ». Dans une forte proportion de postes, on l'évalue à la moitié, « l'inspecteur général venu de Paris a été le premier contrôleur dont les postes et les agents du service ont reçu la visite; celui qui habite au chef-lieu du département n'en ayant pas reconnu la nécessité jusqu'alors... » Aussi, les rapports de l'Inspection reviennent-ils toujours sur ce point : « une direction serait nécessaire... le service végète faute de contrôle... »

Nous n'avons, à dessein, extrait du rapport de M. Bluzet que l'ensemble des critiques. Ce dernier fait remarquer qu'elles s'appliquent à une œuvre qui date d'hier et qui est en voie de réalisation (1). Par contre il a constaté, dans sa tournée un effort assez sérieux. Cet effort doit être stimulé et soutenu.

En ce sens, M. Vaillant, dans une interpellation à la Chambre, le 20 janvier 1911, faisait remarquer que les subventions accordées par l'État sont insuffisantes, et que les communes sont trop lourdement grevées. Il demandait que le gouvernement prit l'initiative de modifier les barèmes en augmentant la

1. Le décret réglementaire portant organisation du service date du 10 juillet 1906. La circulaire ministérielle qui le commente est du 18 mars 1907.

part contributive de l'État. Le président du Conseil a autorisé M. Vaillant à étudier la question, et lui a promis, d'autre part, d'intervenir énergiquement auprès des conseils généraux qui se refusent à organiser les services de désinfection. Une première mesure de contrainte a déjà été prise en 1909 à l'égard d'un département.

La désinfection doit être effectuée :

1° Dès le début de la maladie et pendant tout son cours.

2° Après la terminaison de la maladie ou après le transport du malade dans un autre endroit (par exemple, l'hôpital).

Dès que le maire a reçu la déclaration d'une maladie épidémique ou contagieuse, il avertit le chef du poste de la circonscription dans laquelle se trouve le malade. Il importe d'aller vite sans quoi on ferait œuvre vaine. La désinfection doit être pratiquée sur le champ par un personnel habile et bien surveillé.

Au chevet du malade, la prophylaxie a déjà été entreprise par le médecin traitant. Il a dépisté la maladie et prescrit les premières mesures d'aseptie. Sa présence suffit-elle ? A l'Académie de médecine, M. Kelsch a soutenu que pour être efficace l'œuvre de désinfection devait être continue, et que cette tâche ne pouvait être menée à bien que par le pra-

ticien secondé par l'entourage du malade (1). Les partisans de ce système font ressortir que le médecin dispose d'une grande autorité morale auprès du malade et de sa famille, par là même de la force de persuasion nécessaire pour faire accepter les mesures de désinfection, que par contre le service municipal est tapageur et vexatoire. Ils invoquent, à l'appui de leur thèse, l'exemple de l'Allemagne, de l'Italie, des États-Unis qui ont confié au médecin traitant le soin d'assurer sous sa responsabilité les précautions nécessaires sauf le droit de contrôle de l'autorité publique.

Ce système, à notre sens, ne saurait être adopté en France (2). Sans doute, le médecin pratiquant rendre de très grands services. Nous croyons toutefois qu'il lui est difficile de mener à bien l'œuvre de prophylaxie, et justement parce qu'elle est continue, parce qu'elle doit être soutenue de façon journalière. Le temps matériel lui manquerait. Ce qui est très désirable, c'est la bonne entente entre le corps

1. *Bulletin de l'Académie*. Séance du 8 nov. 1908.

2. D'après le décret du 10 juillet 1906, la désinfection *peut* être assurée par l'entourage du malade. Mais celui-ci doit s'engager : à se conformer exactement pendant le cours de la maladie aux instructions du Conseil supérieur d'hygiène publique, à se soumettre dans l'exécution des mesures prises, au contrôle de l'agent du service public, à avertir le maire, le cas échéant, du transport du malade hors de son domicile, etc... C'est une faculté, ce n'est pas une règle générale.

médical et le service officiel, et il faut approuver l'initiative de certains départements tels que le Puy-de-Dôme où les désinfecteurs doivent tout d'abord voir le médecin de la famille, et n'agir qu'avec lui.

La tâche qui incombe aux désinfecteurs consiste à détruire autour du malade les germes d'infection, puis à rechercher alentour si le mal ne s'est pas répandu. Autour du malade, la désinfection porte essentiellement sur les linges, déjections et excréments.

La désinfection du linge se fait ordinairement à domicile de manière à éviter la dissémination des germes contagieux. Le transport dans les ateliers de blanchissage, le triage qui y est opéré le plus souvent dans la pièce où l'on repasse, où l'on range les linges propres, occasionnent des contacts dangereux. Il importe avant toute manipulation, de désinfecter la literie.

Le règlement du préfet de police du 24 décembre 1907, qui réorganise le service de désinfection dans le département de la Seine, prescrit en ce sens d'heureuses mesures : les agents du service de désinfection doivent remettre aux personnes qui soignent un malade atteint de maladie épidémique ou contagieuse, des sacs pour placer le linge contaminé au fur et à mesure des besoins. Au jour convenu entre la famille et lui, il vient plonger le linge avec le sac qui le contient dans des appareils renfermant une

solution désinfectante. Il ferme le récipient, plombe les couvercles et ne vient retirer le plomb que vingt quatre heures après. Désormais le linge peut être livré aux blanchisseurs sans inconvénients.

Cette opération est renouvelée pendant tout le cours de la maladie au moins deux fois par semaine.

Les vêtements doivent être désinfectés au poste où ils seront transportés dans des voitures spéciales hermétiquement fermées.

La transmission des maladies infectieuses par les linges du corps est un fait bien connu. Presque toutes sont susceptibles de se répandre dans ces conditions. Pour la diphtérie, les exemples abondent. Le D^r Remlinger cite le cas suivant : (1) « Un jeune homme succombe à cette affection en Algérie en mai 1883. Au mois de juillet, son frère reçoit, à Laval, une malle qui renfermait ses habits. Il l'ouvre, et quelques jours plus tard contracte une angine membraneuse hypertoxique qui l'emporte rapidement. Il n'y avait, à ce moment, aucun cas de diphtérie en ville. »

Les exemples de transmission du choléra sont nombreux. « Le hameau de la Couche, dans les Hautes-Alpes, dit M. Thoinot, n'avait en 1884 aucun cas de choléra, et il était fort éloigné des foyers cholériques du Var et des Bouches-du-Rhône, lorsque la

1. *Hygiène générale et appliquée*, 16 septembre 1908.

femme R... reçut de Toulon une malle qui appartenait à un parent. Celui-ci ayant perdu sa fille du choléra et voulant soustraire quelques-uns de ses effets à l'incinération les avait mis dans une malle et les avait envoyés à la Couche. La femme R... ouvrit la malle, mania les effets et fut atteinte de choléra foudroyant. Son mari succomba après elle, et ce fut le point de départ d'une sérieuse épidémie. »

On pourrait étendre cette liste. Les maladies vénériennes, cutanées, se propagent souvent par les effets. La contagion de certaines maladies à incubation lente et irrégulière se produit aussi. Dans l'ancien royaume de Naples, les habits étaient compris dans les objets qui devaient être brûlés au décès des phtysiques.

Il importe donc d'organiser énergiquement la prophylaxie de la transmission des maladies contagieuses par cette voie.

Indépendamment de ces mesures générales de préservation qui doivent être prises dans tous les cas, il importe d'adopter la désinfection à chaque genre de maladie. Les conditions dans lesquelles elle doit s'exercer différent, en effet, suivant le « mode de transmission des germes, la matière, les objets ou locaux susceptibles de produire la contamination ».

La science nous a montré que les déjections du malade propagent la typhoïde et la dysenterie, que les sécrétions des voies respiratoires contiennent les germes de la scarlarine, de la rougeole, de la diphtérie de la tuberculose pulmonaire. La prophylaxie doit donc varier suivant le mode d'infection, et poursuivre le vecteur du mal. Elle doit être essentiellement scientifique.

Elle ne peut donc être menée à bien que là où le service de désinfection fonctionne de façon parfaite. Pour arriver à ce résultat, il ne suffit pas d'organiser des postes, de les munir d'appareils perfectionnés. Le fonctionnement du service dépend de ses agents d'exécution. Tant valent les hommes, tant vaudra la désinfection, a dit le Dr Thierry. Or, ce n'est pas avec des aubergistes, des concierges de mairie, des cordonniers que l'on peut arriver à un résultat. Il faut spécialiser un personnel.

Alors, la désinfection fonctionnera de façon effective et efficace. Les médecins sauront qu'ils peuvent y faire appel, et l'opinion publique lui accordera confiance.

Le législateur a donné au préfet un très large pouvoir d'intervention, mais en fait, le préfet n'est pas secondé. Le plus souvent, le membre du conseil départemental qu'il désigne pour contrôler les services de désinfection reste inactif. Pour assurer la bonne marche du service, il faut en confier la haute

main à un fonctionnaire autorisé tel que l'inspecteur départemental d'hygiène.

C'est un inspecteur départemental d'hygiène, M. Courmont, qui a créé dans le département du Rhône, un service modèle : Peu de postes, mais bien placés ; des équipes stylées qui, au reçu de la déclaration, interviennent automatiquement ; des modes de transport rapides amènent les désinfectants, les objets nécessaires, seaux bassines, sacs à linge. Il est des cas où le chef de poste est revenu huit ou dix fois au cours d'une même maladie. Les médecins du Rhône ont été tellement satisfaits du service que les déclarations (Lyon non compris) sont montées de 400 à 1200.

CHAPITRE IV

L'ISOLEMENT

La désinfection, appropriée au genre de la maladie, conduite de façon éclairée, donne de très heureux résultats. Cependant, elle est impuissante à l'encontre de la fièvre jaune, de la fièvre typhoïde et du choléra, et il est aujourd'hui démontré que vis-à-vis des autres affections transmissibles telles que la diphtérie la variole, la scarlatine elle ne suffit pas. Le fait de passer à l'étuve les linges, les vêtements qu'a souillés le malade, de nettoyer sa chambre de façon antiseptique ne préserve pas de la contagion les personnes saines qui vivent dans le milieu infecté. Le diphtérique crache à tous moments des germes nocifs, les bacilles de la typhoïde se transmettent par les objets, par la literie ; le moindre contact porte l'infection (1). Les personnes qui vivent autour du malade, qui le soignent, courent chaque jour le risque d'être

1. Le Dr Vaillard a montré que sur 1397 cas de fièvre typhoïde dans lesquels on avait pu dégager la cause de la maladie, on avait incriminé 1315 fois le contact par les mains.

atteintes ; et, lorsqu'il s'agit de gens pauvres qui habitent dans un logement étroit et malpropre, le danger est plus grave encore. Si, dans une chambre où agonise un varioleux, le père de famille est obligé de prendre ses repas, peut-être même de coucher ; si, près de l'enfant atteint de rougeole circulent ses frères, ses sœurs, demain le mal peut s'étendre à l'atelier, il peut envahir l'école...

La loi de 1902 ne prévoit que la désinfection ; elle y subordonne toute la prophylaxie. Elle n'a pas prescrit le seul mode de défense vraiment efficace et pour combattre le mal, et pour préserver la collectivité : l'isolement des contagieux. Les règlements sanitaires en parlent bien un peu, mais ce ne sont, à proprement parler que des conseils. « Le mot d'isolement, lisons-nous dans le rapport de la commission préfectorale du département de la Seine, doit être surtout entendu dans son sens médical. Il ne s'agit pas de transporter malgré lui ou sans le consentement de ses ayants droit le malade dans une maison de santé, mais de faire pénétrer dans les habitudes des médecins aussi bien que dans celles du public l'idée que l'isolement à domicile est désirable et possible. »

L'isolement n'est donc pas obligatoire. Le législateur a redouté l'intervention administrative amenant une séparation brutale dans des moments particulièrement pénibles. Il a voulu par-dessus tout sau-

vegarder la liberté individuelle. De très sérieuses raisons militaient en ce sens, ne fût-ce que l'état de nos mœurs... Et pourtant, les résultats de cette pratique ne sont pas douteux. Dans les pays du nord, presque tous les malades sont soignés à l'hôpital. C'est ainsi que la lèpre et la tuberculose qui décimaient autrefois la Suède, la Norvège et le Danemark ont pu être arrêtées. On comptait en Norvège en 1856 2.833 lépreux, en 1907, le nombre tombait à 438. En 1882, à Copenhague, il mourait 300 tuberculeux par 100.000 habitants. En 1907, la proportion tombe à 140.

L'isolement peut être obtenu de deux façons : au domicile ou à l'hôpital spécial. A domicile, il est malaisé de surveiller l'application. Le second mode est préférable.

Les Américains, pour assurer le fonctionnement de l'isolement, ont prescrit des mesures particulièrement rigoureuses.

Tout médecin qui constate une maladie infectieuse doit en faire la déclaration sur-le-champ, parfois même par téléphone, à l'inspecteur départemental d'hygiène. Ce dernier se rend immédiatement sur les lieux. Le malade est-il soigné dans une pièce voisine de locaux qui ont une destination commerciale, la fermeture en est ordonnée.

Lorsque le malade habite un appartement ou un garnis, l'inspecteur appose à la porte de l'apparte-

ment et dans le vestibule ou hall d'entrée de l'immeuble un placard indiquant l'étage et le nom du malade. Quiconque enlèverait ce placard serait passible d'une amende de 250 francs.

L'isolement prescrit peut durer cinq semaines. L'inspecteur d'hygiène en surveille l'application ; il fait enlever les tapis et les tentures, fait désinfecter ou détruire les objets ayant servi au malade. Toute inobservation entraîne le transport à l'hôpital. Durant la maladie, aucun travail tel que la confection d'habits, le lavage des linges, la fabrication de marchandises ne peut être fait par des personnes qui occupent l'appartement (1).

Ces mesures doivent être observées dans tous les cas de scarlatine, diphtérie, rougeole. Tout manquement entraîne le transport à l'hôpital.

Les Américains estiment qu'un contagieux est un danger public contre lequel la société peut légitimement prendre des mesures de préservation les plus étendues. Au point de vue prophylactique, leur mode de défense est excellent ; il est accepté par les Anglo-Saxons. Chez nous, il apparaîtrait comme draconien. Son application entraînerait les pires abus

1. Les règlements scolaires sont particulièrement rigoureux. En cas de rougeole ou de diphtérie, on exclut non seulement de l'école l'enfant qui est atteint, mais aussi ses parents, frères, sœurs qui habitent avec lui et ceux, s'il y en a, qui seraient instituteurs. D^r Clerc, *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, avril 1910.

et serait désastreux pour les gens qui en seraient l'objet. N'a t-on pas vu des propriétaires congédier leurs locataires atteints de tuberculose, et ces derniers chercher vainement à se loger dans le quartier, parfois, même à se replacer. Mettre une pancarte à la porte d'un logement, ce serait désigner le malade à la vindicte du propriétaire et des voisins, et lui causer les pires ennuis.

Sans aller aussi loin, d'autres législations ont prescrit, en cas de maladie transmissible, l'isolement du malade, ou son transport à l'hôpital spécial. C'est là, croyons-nous, la véritable solution. Dans les pays du Nord, les riches comme les pauvres sont soignés dans les locaux hospitaliers qui sont aménagés dans ce but d'une façon spéciale. Et là, on fait de la bonne prophylaxie.

En France, les hôpitaux sont construits selon un mode archaïque. Mal organisés, mal distribués, ils ne répondent plus du tout aux nécessités actuelles, aux besoins de la science. Au point de vue spécial de l'isolement des contagieux, ils sont absolument insuffisants.

M. Jules Huret, dans une étude récente sur Berlin, montrait combien les hôpitaux allemands sont supérieurs aux nôtres : « Je voudrais, disait-il, transmettre un peu de la honte que j'ai ressentie aux hommes qui en sont responsables, c'est-à-dire aux fonctionnaires de l'Assistance publique, aux conseillers muni-

cipaux et même aux ministres de la République ». M. Huret écrivait en 1909. Le rapport de l'Inspection Générale des services administratifs illustre singulièrement sa boutade.

Sur 360 localités inspectées pendant l'année 1909, 160 environ sont pourvues de pavillons spéciaux, mais « ces installations, dont beaucoup sont récentes, sont loin de répondre également à leur objet, et dans un trop grand nombre de cas les dispositions défectueuses empêchent d'obtenir une partie des avantages cherchés ».

Tantôt, les pavillons sont mal placés : en bordure de la rue comme à Autun ; à trois mètres du pavillon destiné aux femmes, comme à Cognac ; dans le rez-de-chaussée de la maternité, comme à Vierzon. Leur disposition intérieure est défectueuse : tous les contagieux sont placés dans de grandes salles contenant un grand nombre de lits (Annonay, Cognac, Compiègne, Grenoble, Montpellier, Bayonne, Melun, Rochefort). Parfois le mobilier est désuet ; composé de fauteuils rembourrés, de tables entourées de rideaux, il ne se prête pas à la désinfection.

Dans certaines villes, les pavillons ne sont pas utilisés, et servent à tout autre chose que la prophylaxie. A Bergerac, l'inspecteur général trouve les tuberculeux dans le pavillon d'isolement ; les scarlatineux étaient dans deux petites chambres voisines de la salle des fiévreux. A Saint-Jean-d'Angély, une

partie du pavillon sert à la visite des filles soumises, l'autre partie est habitée par le jardinier. A Rochefort, les ménages de gardiens se sont installés dans le pavillon ; « une chambre du quartier des femmes est leur fruitier, la pharmacie est devenue leur cuisine, et ils utilisent le vestiaire comme salle à manger... La salle des hommes sert de dépôt depuis dix-huit ans à un encombrant matériel de feu d'artifice placé par la ville ».

Quant aux hôpitaux qui ne possèdent pas de pavillon d'isolement, les services destinés aux contagieux y « laissent dans l'ensemble énormément à désirer ». Le plus souvent, c'est dans une ou deux salles annexes, sans tisanerie, sans water-closet, que l'on reçoit tous les malades sans distinction de cas. Ces salles sont dispersées ou bien enclavées au milieu des autres. En un mot, le service y est mal organisé.

Et nombreuses sont les villes dans lesquelles il n'y a pas même de locaux affectés à l'isolement (1). Les conséquences peuvent en être particulièrement graves quand il s'agit de stations maritimes telles que Boulogne-sur-mer, Cherbourg, Quimper. A

1. Rapport précité : Sur 360 hopitaux visités : 74 remplissent des conditions satisfaisantes, 45 possèdent des services de contagieux passables, 58 n'ont que des locaux médiocres, 62 présentent des installations mauvaises avec un nombre de lits généralement très insuffisant, 111 environ, ne disposent d'aucun local pour l'isolement des contagieux, ou de locaux si défectueux qu'ils peuvent être considérés comme inexistantes.

Oloron, en 1907, on a du refuser d'hospitaliser huit varioleux parcequ'il n'y avait pas à l'hôpital de locaux appropriés !

Sur 360 hôpitaux visités en 1909, 111 ne disposent d'aucun local pour l'isolement des contagieux, ou de locaux si défectueux qu'ils peuvent être considérés comme inexistants. Le danger de telles organisations se manifeste sans cesse, de fait de la contagion des malades. « Dans une ville de l'Est, l'inspecteur général trouve dans une salle commune de l'hôpital un typhoïdique et deux scarlatineuses. Le médecin lui fait connaître qu'il avait eu à recevoir en même temps une femme atteinte de scarlatine et une autre de fièvre typhoïde. Ces deux femmes placées dans deux lits contigus guérissent toutes deux de l'affection pour laquelle elles étaient entrées, mais, au cours de leur convalescence, celle qui avait eu la scarlatine prit la fièvre typhoïde et celle qui avait eu la fièvre typhoïde prit la scarlatine qu'elle transmit à son tour à sa voisine de lit ». (1) A Orange, un enfant élevé à l'hospice y contracte la fièvre typhoïde sans avoir jamais quitté le local hospitalier. Les exemples pourraient être multipliés...

Après M. Jules Huret, MM. Courmont et Herriot nous apportaient, en 1910, les résultats d'une mission à travers les grands hôpitaux d'Europe. En Alle-

1. M. Faivre, rapporteur.

magne, au Danemark, en Hollande, en Suède, en Norvège, ils avaient vu des hôpitaux admirablement organisés selon les exigences de la science, et ils appelaient de leurs vœux la renaissance hospitalière.

La France a eu la gloire d'ouvrir les premiers asiles à la souffrance : l'Hôtel-Dieu de Reims, l'ancien l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, l'Hôtel-Dieu d'Angers, etc...

La réforme des hôpitaux était entrevue et étudiée dès 1772, époque où Leroy défendait le premier le principe des pavillons séparés. A l'heure actuelle, nous en sommes réduits à chercher des modèles à l'étranger !

Il faut remanier nos hôpitaux qui sont bâtis suivant un mode archaïque. Médecins et chirurgiens doivent prêter leur concours aux architectes pour les aider « à modeler nos institutions hospitalières sur les formes nouvelles de la science médicale et de la science chirurgicale ». Pratiqué dans des salles réservées dans un service général, l'isolement ne donne que de médiocres résultats. Il faut surtout viser la création de pavillons distincts, spécialement aménagés. A Paris, à l'hôpital Pasteur, les pavillons sont organisés de façon parfaite ; l'isolement individuel y est complètement appliqué. De 1900 à 1906 5.000 malades y ont été hospitalisés : les cas de contagion intérieure n'ont pas atteint 2 0/00. La morta-

lité dans les hôpitaux ordinaires est de 120/0 ; elle n'a été à l'hôpital Pasteur que de 30/0 à peine.

Il faut prévoir l'isolement non seulement pour les malades atteints de maladies obligatoirement déclarables, mais pour les phtysiques, les tuberculeux. Tous les ans, on jette le cri d'alarme : on dénonce le chiffre formidable de 100.000 décès que nous coûte la « grande faucheuse » ; des sociétés, des ligues anti-tuberculeuses se forment partout. Il y a un mouvement admirable de bonnes volontés privées... l'administration reste en arrière ; et nous lisons dans le rapport de l'Inspection des services administratifs de 1909 : « L'isolement des tuberculeux est encore beaucoup plus insuffisamment assuré que celui des contagieux, et dans les cas où il est réalisé, les mesures n'ont le plus souvent pour objet que de préserver très incomplètement les autres hospitalisés sans mettre les tuberculeux dans des conditions propres à améliorer leur état. »

Actuellement, 400/0 des tuberculeux sont hospitalisés dans les salles au milieu des autres malades. C'est une détestable pratique. Dans les hôpitaux à construire, il faudra leur réserver un quartier spécial et complètement séparé. M. Bourgeois a indiqué qu'ils devaient être « situés, orientés, outillés en vue de la véritable cure ». La maladie évolue lentement, le séjour du malade peut se prolonger. Il faut donc, pour le bien traiter, un aménagement particulier.

Les futurs hôpitaux devront tous contenir des pièces d'isolement. Il ne faut pas faire entrer dans la salle commune une broncho-pneumonie qui serait fatale pour les vieillards hospitalisés, ni une typhoïde qui peut être le point de départ d'une épidémie.

Imitons les Allemands, les Anglais, les Suédois, les Norvégiens, les Américains ; isolons les contagieux et les tuberculeux ! Nous sauverons des vies humaines.

« Je suis de plus en plus convaincu, disait tout récemment M. Courmont, à l'Académie de Médecine, que la base de la prophylaxie pour beaucoup de maladies infectieuses doit être l'isolement à l'hôpital (1). »

1. *Bulletin de l'Académie de Médecine*. Séance du 26 avril 1910.

CONCLUSION

A quelque point de vue que l'on se place pour envisager le fonctionnement de l'hygiène publique en France, la constatation à laquelle on arrive est invariablement la même : les services sont mal conçus ou mal organisés. Les résultats obtenus sont insuffisants.

Jetons les yeux en Europe : la pratique de l'hygiène a fait d'immenses progrès en Allemagne, en Angleterre, en Suède, en Norvège. La discipline sanitaire y est observée rigoureusement, la lutte contre les maladies évitables est conduite avec méthode et énergie. Et ainsi, l'Allemagne a chassé la variole de son territoire. L'Angleterre a réfréné la tuberculose qui lui coûtait 59.035 morts en 1838 et qui, en 1906, n'y causait plus que 39.746 décès. La Suède ne compte plus que 2 décès par fièvre typhoïde pour 100.000 habitants. La Norvège 437 décès par la lèpre alors qu'en 1856, le fléau y enlevait 2.833 vies humaines. Et les statistiques nous montrent avec leur éloquente simplicité que dans tous ces pays la

mortalité générale diminue : pour 1907, le taux était de 19 0/00 en Allemagne, de 15,01 en Angleterre, de 14,06 en Suède, 14,2 en Norvège.

La même année, le total des décès s'était élevé en France à 793.467 pour une population de 39 millions 196.328 habitants, soit un taux de 20,24 0/00.

Ce qui est remarquable dans le fonctionnement de l'hygiène des pays que nous citons, c'est l'unité d'action, la coordination des efforts.

Dans les pays scandinaves, au ministère de la Justice, il y a un service central d'inspection médicale et d'hygiène. A sa tête est placé un directeur général assisté d'un comité consultatif.

En Angleterre, l'organisme sanitaire central est le « Local Government board », département ministériel dirigé par deux membres du Parlement qui y exercent les fonctions de président et de secrétaire.

Le « Local Government board » concentre toutes les attributions relatives à l'hygiène publique. Il prescrit toutes les mesures qui ont trait à la préservation des épidémies et des maladies contagieuses. Sa principale attribution consiste dans le droit d'intervention à l'égard des autorités locales. C'est ainsi qu'il a le contrôle de l'administration des pauvres et des institutions de bienfaisance, la haute surveillance de l'hygiène municipale, le contrôle de la gestion des conseils sanitaires locaux dont il sanctionne

les décisions, la surveillance des voies publiques dans toute l'Angleterre (1).

En Allemagne, les questions d'hygiène relèvent du ministère des Cultes, de l'Instruction publique et des Affaires médicales. La direction de la Médecine existe depuis 1817 : elle a pour mission de s'occuper de tout ce qui a trait à la médecine et à la santé publique. Elle est administrée par un président assisté de conseillers ordinaires qui sont légalement des médecins, et d'un certain nombre de conseillers extraordinaires.

En France, ce qui est à remarquer dans l'organisation sanitaire, c'est le manque d'unité.

« Aucune pensée directrice, aucun fonctionnaire responsable, beaucoup d'attributions éparpillées dans les différentes administrations publiques. Telle est, dit M. Corcil, dans une excellente étude (2), la première critique qu'il faut adresser à notre organisation sanitaire, telle est la première réforme à laquelle il faut s'attacher résolument.

Que voyons-nous, en effet ?

Au ministère du Travail est rattaché tout ce qui concerne l'hygiène et la sécurité des travailleurs.

1. Lorsqu'une mesure prescrite par le « Local Government board » n'est pas exécutée dans un certain délai, et que la santé publique se trouve menacée, le board peut obtenir de la cour du banc royal une ordonnance qui lui permet de se substituer à l'autorité locale et de faire exécuter à ses frais les travaux.

2. *Gazette médicale de Paris*, 22 février 1911.

Au ministère du Commerce, les établissements classés et insalubres, à l'Agriculture, la police sanitaire des animaux, les abattoirs, les tueries particulières, le service de la répression des fraudes, les projets d'aménée d'eaux, etc.

Du ministère des Affaires étrangères, dépend l'Office international d'hygiène.

Au ministère de l'Intérieur est rattachée la Direction de l'assistance et de l'hygiène publiques. Au ministère des Travaux publics, l'hygiène des mines.

Encore les autres ministères interviennent-ils tous à leur heure : l'Instruction publique avec l'hygiène scolaire, etc.

Comment ne pas comprendre dès lors combien les efforts des administrateurs les plus dévoués sont souvent stériles ? Que de dépenses inutiles ! Que d'ordres contradictoires ! Quel temps perdu ! »

Cette anarchie administrative est néfaste. Il importe d'y remédier.

En ce sens, des esprits éclairés demandent la création d'un ministère autonome de la santé publique, qui grouperait les questions de travail, d'assistance et d'hygiène.

L'idée n'est pas nouvelle : en 1848, Louis Blanc la présentait à la Constituante ; en 1886, Camille Raspail la soutenait à la Chambre des députés. En 1893 (1),

1. L'idée a été maintes fois soutenue par M. Paul Strauss, Sénateur de la Seine.

enfin, M. Vaillant, dans une proposition restée fameuse, préconisait la constitution d'un ministère qui devait comprendre 4 directions :

Travail ;

Hygiène et médecine publique ;

Assistance publique ;

Statistique.

Lors de la création du ministère du Travail, le gouvernement avait donné l'assurance que ce département réunirait les services d'hygiène. Mais, postérieurement, il ne crut pas, pour diverses raisons, devoir donner suite à ce projet, et le décret du 26 octobre 1906, délimitant les attributions du nouvel organe, ne mentionnait plus que :

1° La direction du travail ;

2° L'assurance et la prévoyance sociales ;

3° La mutualité.

Les attributions de statistique, de mutualité restaient en partie attachées au ministère de l'Intérieur. Les services d'hygiène restaient répartis, disséminés entre les différents départements ministériels.

Au ministère de l'Intérieur, la tâche qui incombe à la Direction de l'assistance et de l'hygiène publiques est considérable. Citons, parmi ses attributions, la mise en œuvre, la surveillance de l'application des lois du 15 février 1902, 31 mars 1903, 15 juin 1907, 13 avril 1910...

Indépendamment de tous les décrets, arrêtés, cir-

culaires qu'il convient d'élaborer, il faut agir d'une façon continuelle sur les départements et les communes dont dépend le plus souvent l'exécution des mesures prescrites. « Encore, faut-il bien reconnaître, dit M. Barthou (1), que la pratique révèle nécessairement des lacunes à combler, des erreurs à rectifier, des modifications à apporter aux lois et règlements, d'où des études continuelles et des négociations ininterrompues soit avec les commissions spéciales, soit avec les administrations compétentes... Lisez l'officiel de 1909 et 1910. Vous y trouverez l'indication de mesures qu'il y a urgence à prendre sur la réglementation sanitaire communale, le fonctionnement des assemblées sanitaires, la vaccination obligatoire, la désinfection obligatoire, l'assainissement d'office des communes, les bureaux municipaux d'hygiène etc. Les rapports indiquent les remèdes, contiennent des conclusions précises, suggèrent les moyens de mettre fin à un état regrettable d'impuissance ou d'incohérence. Et aucune suite, jusqu'ici, n'a été donnée sur les points les plus essentiels. »

La faute, dit M. Barthou, n'est pas aux hommes qui sont tout entiers à leur tâche, mais à la besogne concentrée, « au-dessus des forces humaines, et contre laquelle ils ne peuvent que succomber, entraînant dans leur impuissance les lois dont on leur a confié une exécution devenue impossible ».

1. *Revue hebdomadaire*, mai 1911.

C'est donc à très juste titre que l'on demande de grouper les services d'hygiène dans un organisme approprié.

L'idée a été reprise, ces temps derniers.

M. Bussat, député de Paris, souligne les liens étroits qui rattachent entre elles les questions relatives à l'hygiène et à l'assistance, et d'autre part, la répercussion incontestable qu'ont les conditions du travail sur l'hygiène. Il demande, en conséquence, dans une proposition de loi déposée à la Chambre le 30 janvier 1911, que la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques du ministère de l'Intérieur soit rattachée au ministère du Travail.

Cette proposition réaliserait sans aucun doute un très sérieux progrès. Mais, à notre sens, elle est encore insuffisante et nous regrettons que l'honorable M. Bussat n'ait pas été jusqu'au bout de sa pensée, c'est-à-dire à la constitution d'un organisme unique ! Et cependant, c'est là qu'il faut en arriver. Toute autre réforme ne sera qu'un palliatif.

N'est-ce pas, au reste, la tendance actuelle (M. Bussat, le fait d'ailleurs remarquer) que d'ordonner, de « sérier », les attributions des ministères ? Ne vient-on pas de constituer le service des Postes et Télégraphes en service autonome et de rattacher les services pénitentiaires au ministère de la justice ? Pourquoi donc ne pas constituer à côté du ministère du Travail dont le champ d'action est naturellement

tourné vers les questions ouvrières, un sous-secré-
riat spécial qui concentrerait toutes les attributions
sanitaires des autres départements ministériels, et
dont les services seraient répartis entre trois direc-
tions :

- 1° Hygiène et médecine publique ;
- 2° Assistance publique ;
- 3° Statistique.

Sans doute, certaines attributions continueraient à
chevaucher entre les deux organes; mais les questions
à trancher seraient facilement résolues dans l'inti-
mité du cabinet, entre les chefs de service compétents

Nous croyons qu'il faut en arriver à une solution
de ce genre.

Mais il ne saurait suffire de centraliser, de coor-
donner les rouages administratifs. Cette réforme
capitale ne sera vraiment effective que lorsque les
mesures prescrites au nom de l'hygiène, seront com-
prises et acceptées de tous.

En France, la plus grande partie de la population
est dépourvue de toute éducation sanitaire. C'est là,
ceci est incontestable, la cause essentielle de la non
application de la loi de 1902. Les pouvoirs publics
se heurtent à la routine, à l'indifférence, à l'hostilité
de la masse. Souvent, il leur faut vaincre les résis-
tances par la coercition. « Il est vain, s'écriait
Duclaux, qu'une loi sanitaire commande quand elle
ne sait pas se faire obéir ! »

La persuasion est plus efficace que la rigueur des lois. Il importe d'éclairer l'opinion publique.

Il faut faire entrer les notions d'hygiène dans l'éducation générale : inculquer à l'enfant les principes fondamentaux, étendre cet enseignement avec les différentes périodes de la scolarité, en faire l'objet d'interrogations spéciales aux examens ; créer dans les universités, dans les écoles techniques de l'État des cours spéciaux, non pas seulement théoriques, mais adaptés aux nécessités actuelles de l'hygiène appliquée.

Il faut aussi poursuivre cette œuvre en dehors de l'école, répandre les notions d'hygiène à l'aide de conférences, par la voix de la presse, de publications, d'affiches. Tous les pays que nous avons cités nous ont devancé dans cette voie.

Poursuivons donc sans relâche l'éducation sanitaire de la population. Appliquons-nous à propager dans les masses les principes de l'hygiène qui, selon la belle formule de M. Proust, « devient la base scientifique du bien être social des collectivités ». Pour combattre la misère et la souffrance, il ne suffit pas que la science nous ait livré des armes puissantes. Il faut que tous les membres de la collectivité réunissent leurs efforts éclairés, et ainsi seulement pourra être menée à bien la lutte sanitaire devant laquelle la mort recule...

BIBLIOGRAPHIE

- BECHMANN. — Notice sur le service des eaux et de l'assainissement de Paris. Béranger, 1908.
- BERTILLON (Jacques). — De la fréquence des principales causes de décès à Paris pendant la deuxième du XIX^e siècle, et notamment pendant la période de 1888 à 1905. Imprimerie nationale, 1906.
- BLUZET. — Rapports de l'inspection générale des services administratifs, années 1908 et 1909.
- Hygiène générale des villes et agglomérations communales : étude parue dans le Traité d'hygiène publié sous la direction de MM. Brouardel et Mosny. Baillière, 1910.
- BROUARDEL (D^r). — La Responsabilité médicale. Baillière, 1898.
- Le Secret médical. Baillière, 1893.
- BUSSAT. — Proposition de la loi relative au rattachement des services d'assistance et d'hygiène publiques du ministère de l'Intérieur au ministère du Travail.
- CHANTEMESSE (D^r). — Traité d'hygiène maritime. 1^{re} partie. Doin, 1909.
- Communications à l'Académie de Médecine sur la prophylaxie de la peste et du choléra (Bulletin de l'Académie de Médecine, 1909 et 1910).

CHANTEMESSE et BOREL. — Moustiques et fièvre jaune. Baillelière, 1905.

— Frontières et prophylaxie. Doin, 1907.

COURMONT. — Rapport présenté à l'Académie de Médecine sur la lutte contre les maladies infectieuses en Suède et en Norvège. Bulletin de l'Académie de Médecine, 1909.

CORNIL. — Rapport sur le projet de loi adopté par la Chambre des députés ayant pour objet la protection de la santé publique, 1896.

DELPECH. — Rapport au conseil municipal sur l'exécution des travaux urgents dans les étuves municipales, 1909.

DHERBÉCOURT. — Rapport au conseil municipal présentant un vœu relatif à certaines modifications à la loi d'expropriation du 3 mai 1841 et audécret-loi du 26 mars 1852, 1910.

ESCUDIER. — Rapport au conseil municipal sur la proposition du conseiller Dherbécourt relative à la modification de la loi du 3 mai 1841, 1910.

FAIVRE. — Prophylaxie nationale et internationale, 1908.

— Rapport de l'inspection générale des services administratifs pour l'année 1909 sur l'isolement des contagieux dans les hôpitaux.

FILLASSIER (Alfred). — De la détermination des pouvoirs publics en matière d'hygiène, 1902. Rousset.

— De la législation française en matière de logements insalubres. Rapport au Congrès d'assainissement et de salubrité de l'habitation de Genève, 1906.

— Le Casier sanitaire et les œuvres d'assistance. Congrès d'assistance familiale. Liège, 1905.

GARET (Maurice). — Du régime spécial de la ville de Paris en matière d'hygiène, 1906. Jouve et C^{ie}.

- GAUTREZ. — Une Loi nécessaire. L'insalubrité publique et l'expropriation, 1907. Rousset.
- GENT. — Rapport au conseil municipal présentant un vœu tendant au vote par le Parlement d'une loi portant expropriation pour œuvre d'assainissement, 1910.
- Rapport au conseil général présentant un vœu relatif à la création d'un ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale, 1911.
- GRAUX (Lucien). — Les Arrêtés municipaux et les lois sanitaires des 15 et 19 février 1902 et 7 avril 1903. Paris, 1905, Rousset.
- La Tuberculose et l'habitation urbaine. Paris, Tuberculosis, 1906.
- GUILLERMOND. — Les Services sanitaires de la Ville de Paris. Paris, Rousset, 1908.
- HEPPENHEIMER. — Rapport au Conseil municipal sur l'Asile de Paris pour tuberculeux.
- HÉRICOURT. — Les Frontières de la maladie. Paris. Flammarion, 1905.
- JUILLERAT (Paul). — Le Casier sanitaire des maisons. Paris, Rousset, 1905.
- Rapport présenté à la commission de la tuberculose sur une proposition de loi d'expropriation publique pour cause d'insalubrité.
- LANDOUZY. — Discours sur l'évolution et le rôle social de la médecine au temps présent. Congrès de l'association française pour l'avancement des sciences. Lille, 2 août 1909.
- LANGLET. — Rapport sur le projet de loi et les propositions ayant pour objet la protection de la santé publique, 1892.
- LAVERAN. — Les Progrès de la pathologie exotique. Discours

prononcé à la séance annuelle des cinq académies,
26 octobre 1910.

LEMARCHAND. — Rapport au conseil municipal sur le service
des égouts, 1909.

MARIÉ-DAVY. — Enquête sur l'état actuel d'application de la
loi de 1902. Rapport au III^e Congrès d'assainissement
et de salubrité de l'habitation, 1909.

MARTEL et **THIERRY** (Henri). — Captage et protection hygié-
nique des eaux d'alimentation. Paris, 1903.

— Surveillance des eaux de source de la ville de Paris,
1903.

MICHIELSE. — De la nécessité de l'inspection des maisons
ouvrières. Rapport au Congrès de Genève, 1906.

MICHON. — L'Hygiène de Paris et les lois de 1902-1903.
Paris, 1905.

MONOD (Henri). — La Conférence de Paris, 1903.

— La Santé publique. Paris, Hachette, 1904.

MOREAU. — Rapport au Conseil municipal sur la réorganisation
des services d'hygiène, 1906.

MOSNY. — La Protection de la santé publique. Baillière, 1904.

— Prophylaxie. Article paru dans les Annales d'hygiène
publique et de médecine légale, 1907.

NAVARRÉ. — Rapport au Conseil municipal sur le projet de
règlement sanitaire, 1903.

— Rapport sur l'organisation du bureau d'hygiène de la
ville de Paris, 1907.

PROUST. — L'Orientation nouvelle de la politique sanitaire.
Paris, Masson, 1896.

RENDU (Ambroise). — Rapport au Conseil municipal sur l'assai-
nissement des îlots insalubres de Paris, 1909.

— Proposition relative au développement des habita-
tions à bon marché dans Paris, 1910.

- Rapport sur les opérations du comité de patronage des habitations à bon marché et de la prévoyance sociale en 1909-1910.
- ROCHARD. — Encyclopédie d'hygiène.
- ROUCHY. — Les Eaux d'égout de Paris. Paris, Rousset, 1907.
- STRAUSS (Paul). — La Croisade sanitaire. Paris, Fasquelle, 1901.
- Rapport au nom de la commission chargée d'examiner le projet de loi ayant pour objet de modifier les articles 5 et 27 de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique, 1910.
- La Défense sanitaire. Le Radical, août 1910.
- STRAUSS (Paul) et FILLASSIER. — La Loi sur la protection de la santé publique du 15 février 1902. Commentaire. Paris, Rousset, 1905.
- THIERRY (1) (Henry). — Prophylaxie de la fièvre typhoïde. Doin, 1910.
- VILLEJEAN (D^r André). — Étude sur la prophylaxie de la fièvre jaune. Doin, Paris.
- L'Hygiène dans le canal de Panama. Doin, Paris.
- Bulletin de l'Académie de médecine.
- Revue d'hygiène et de police sanitaire.
- Annales d'hygiène publique et de médecine légale.
- La Gazette médicale de Paris.
- La Tribune médicale.
- Le Progrès médical.
- Revue de médecine et d'hygiène tropicales.
- La Revue.
- La Revue scientifique.

Le Bulletin de l'Office international d'hygiène.

Bulletin municipal officiel de la ville de Paris.

Rapports de la commission des logements insalubres de Paris.

Rapports à M. le préfet de la Seine sur les recherches effectuées au Bureau du casier sanitaire pendant les années 1906, 1907, 1908, relatives à la répartition de la tuberculose dans les maisons de Paris.

Compte rendu des séances du Conseil supérieur d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

Journal officiel et documents parlementaires.

Vu : le Président de la thèse,

LARNAUDE

Vu : le Doyen,

P. CAUWÈS

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

L'influence des découvertes de la science sur l'orientation de la politique sanitaire.

L'armement prophylactique de la défense du territoire.....

7

PREMIÈRE PARTIE

LA DÉFENSE CONTRE LES MALADIES EXOTIQUES

Indépendamment des lois sanitaires qui ont pour objet de combattre les affections contagieuses à l'intérieur du territoire, chaque pays doit être armé pour prévenir l'invasion des maladies exotiques.

La police sanitaire et la loi du 3 mars 1822. — Règlement du 4 janvier 1896. — L'article 8 de la loi de 1902.

La solidarité entre nations au point de vue sanitaire, et les ententes réalisées par les conférences internationales. — Les diverses conférences et spécialement celle de Paris de 1903.

Ses principales résolutions. — Les progrès de la pathologie exotique et les nouveaux modes de prophylaxie à opposer à la peste, à la fièvre jaune.

La surveillance médicale des navires dans les ports. — Décret du 5 avril 1907.

- La question de la suppression des quarantaines et des lazarets. — Les stations sanitaires.
- Les émigrants. — Il faut organiser contre eux une surveillance particulièrement rigoureuse.
- Insuffisance des mesures prises en vertu des lois de 1861 et 1862. — De la nécessité de soumettre les émigrants à une surveillance sanitaire permanente.
- La Défense des frontières de terre en cas exceptionnels. — Décret du 8 septembre 1909.
- L'Office international d'hygiène. — Son but.
- La Conférence internationale de 1911..... 11

DEUXIÈME PARTIE

- LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET LA LOI DE 1902
- Les Dispositions essentielles de la loi peuvent être divisées en deux parties : celles qui tendent à éviter la formation des foyers d'infection, celles qui tendent à éviter la propagation des maladies contagieuses. Cette division indique la marche de notre développement. La loi de 1902 n'a été que très insuffisamment appliquée.
- Les causes qui ont entravé sa mise en vigueur. 47

PREMIÈRE SECTION

Les mesures de prophylaxie qui tendent à éviter la formation des foyers d'infection

- CHAPITRE PREMIER. — L'eau. — La bonne qualité des eaux est une condition essentielle pour assurer l'assainissement des localités.
- L'eau insalubre et la typhoïde. — De la nécessité d'organiser une prophylaxie antityphique permanente. — Les efforts entrepris par la Ville de Paris : la surveillance médicale et locale des sources.
- La question de la stérilisation des eaux par l'ozone.
- Les mesures propres à assurer la protection des eaux potables, et le rôle de l'administration en ce sens.. 57

CHAPITRE II. — Les matières usées. — Elles constituent un foyer d'infection. — Il faut les éloigner des localités.

Le tout-à-l'égout avec les lois de 1894-1902 et les arrêts du Conseil d'État de 1908 et 1911.

Les divers procédés employés pour assurer l'épuration des eaux d'égout : épuration chimique, biologique par le sol, artificielle par voie biologique. — L'incinération.

Insuffisance des mesures prises en France. — La nécessité de contrôler l'exécution des travaux d'assainissement à effectuer..... 76

CHAPITRE III. — Les voies privées. — Le danger qu'elles présentent pour la santé publique.

La difficulté de poursuivre leur assainissement sous l'empire des lois de 1865 et 1902.

La nécessité de modifier la législation. — La proposition de M. Paul Strauss..... 89

CHAPITRE IV. — La Maison. — L'influence du logement au point de vue de la santé publique.

Le Surpeuplement et la tuberculose.

De la nécessité de l'intervention de l'État — La loi de 1902. — Controverses sur l'étendue des pouvoirs conférés à l'autorité municipale. — La jurisprudence. — Les arrêts du 5 juin 1908 et 24 février 1911.

Des Différents modes employés pour poursuivre l'assainissement des logements insalubres.

L'Organisation du casier sanitaire à Paris. — Les données qu'il fournit démontrent l'influence de l'habitation sur la tuberculose. — L'absence d'air et de lumière sont les véritables agents du mal.

De la nécessité pour pouvoir faire disparaître les foyers tuberculeux d'une loi d'expropriation pour cause d'insalubrité. — Les projets Delory, Siegfried et Juillerat.

L'expropriation pour cause d'assainissement soulève une question qui est son corollaire : assurer le logement des gens expropriés.	
Les mesures prises en ce sens en Angleterre.	
Les habitations à bon marché.	
Les espaces libres. — Les difficultés d'expropriation et les modifications proposées à la loi de 1841 et au décret-loi de 1852. — Projet Raynaud et proposition Jeanneney.....	97

SECTION II

Les mesures de prophylaxie qui tendent à éviter la propagation des maladies contagieuses

CHAPITRE PREMIER. — La Vaccination. — Son objet. Fonctionnement actuel du service. — Des remaniements à y apporter	143
CHAPITRE II. — La déclaration des maladies. Les différentes objections formulées à son rencontre par le corps médical. — Le projet de réforme de M. Mirman.....	155
CHAPITRE III. — La désinfection. Les services sont mal organisés dans presque toute la France. — Le rôle de l'administration tel qu'il est tracé par le rapport de l'inspection générale des services administratifs (1909).....	167
CHAPITRE IV. — L'isolement. Son importance au point de vue prophylactique. L'isolement à domicile en Amérique. L'isolement dans les hôpitaux en Suède et Norvège. La réforme hospitalière.....	181
CONCLUSION. — De la nécessité de réformer notre organisation sanitaire. — La question d'un ministère de la santé publique.....	193

